

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / Hoitotyö

Iina Holmstén

NORJALAISTEN NUORTEN AIKUISTEN TERVEYS

Opinnäytetyö 2013

## TIIVISTELMÄ

### KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

#### Hoitotyön koulutusohjelma

HOLMSTÉN, IINA

Opinnäytetyö

Työn ohjaaja

Toimeksiantaja

Toukokuu 2013

Avainsanat

Norjalaisten nuorten aikuisten terveys

58 sivua + 10 liitesivua

Yliopettaja Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen

Nuori Eurooppa -hanke, Valdemar Kallunki

terveys, terveydentila, norjalainen, nuori aikuinen, systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Tämä opinnäytetyö on tehty osana Nuori Eurooppa -hanketta, joka tutkii nuorten aikuisten hyvinvointia Euroopassa. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, millaisena norjalaiset nuoret aikuiset terveytensä kokevat ja mitkä tekijät terveydentilaan vaikuttavat. Lisäksi saatuja tuloksia on verrattu Suomessa tehtyihin vastaaviin tutkimuksiin ja tilastoihin. Aineisto on haettu systemaattisen kirjallisuuskatsauksen periaatteita noudattaen kahdesta kansainvälisestä tietokannasta, CINAHLista ja PubMedista. Näistä tietokannoista löydettyistä tutkimuksista tähän opinnäytetyöhön hyväksyttiin kahdeksan tutkimusta. Löydettyjen tutkimusten tukena on käytetty tilastoja ja muita tutkimuksia. Tutkimukset on analysoitu sisällönanalyysin avulla.

Tutkimustulosten mukaan kokemus elämänhallinnasta sekä omien voimien ja kykyjen riittävyydestä ovat tärkeitä hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä. Näiden lisäksi koettuun terveydentilaan vaikuttavat yksilön koulutus, ammatillisuus ja sosiaalinen pääoma, kuten perhe, ystävät, aktiivisuus jossakin järjestössä tai seurassa sekä korkeakoulutetun henkilön tunteminen.

Vaikka tietoa terveysriskeistä on hyvin saatavilla, jää oman terveydentilan arvioiminen usein tekemättä. Tähän olisi syytä kiinnittää enemmän huomiota, sillä kokemus elämänhallinnasta sekä omien voimien ja kykyjen riittävyydestä ovat tärkeitä hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä. Jatkotutkimuksia tarvitaan paitsi terveydentilaan vaikuttavien tekijöiden tutkimiseen myös niihin kohdistuvien terveydenhuollon palvelujen kehittämiseen.

## ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Kymenlaakso University of Applied Sciences

Health Care

HOLMSTÉN, IINA

Health of Norwegian Young Adults

Bachelor's Thesis

58 pages + 10 pages of appendices

Supervisor

Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen, Principal lecturer

Commissioned by

Young Europe -project

May 2013

Keywords

health, health state, Norwegian, young adult, systematic literature review

This Bachelor's thesis was written as a part of the Young Europe - project that examines young adults' wellbeing at the European level. The aim of this study was to describe how Norwegian young adults experience their health and what kind of factors affect the health state. In addition, the results were compared with similar studies and statistics found in Finland. The material was searched by means of systematic literature review in two international databases, named CINAHL and PubMed. Of all the found studies eight were approved in this Bachelor's thesis. Statistics and other studies were also used to increase reliability. The material was processed by using content analysis.

The studies showed that experience of life control and the sufficiency of one's own resources and capabilities are important factors of wellbeing. An individual's education, professional ability and social capital, like family, friends, and activity in an organization or a club and knowing a well-educated person affect the perceived health state.

Although information about health risks is well available, one's own assessment of one's health state is often neglected. This subject should be paid more attention to, since experience of life control and the sufficiency of one's own resources and capabilities are important factors of wellbeing. Further studies are not only needed for researches in factors influencing the health state, but also for developing health care services.

# SISÄLLYS

## TIIVISTELMÄ

## ABSTRACT

1	TAUSTA JA TARKOITUS	6
2	VÄESTÖN TERVEYS NORJASSA	7
3	TERVEYDENHUOLTO NORJASSA	12
4	TUTKIMUSONGELMAT	15
5	SYSTEMAATTINEN KIRJALLISUUSKATSAUS	16
5.1	Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaiheet	16
5.2	Tutkimussuunnitelma	17
5.3	Aineiston haku	19
5.4	Sisäänotto- ja poissulkukriteerit	21
5.5	Alkuperäistutkimusten valinta	22
5.6	Aineiston laadun arviointi	26
5.7	Aineiston analysointi ja tulosten esittäminen	27
5.8	Sisällönanalyysi	28
6	TULOKSET	31
6.1	Norjalaisten nuorten aikuisten terveyskokemukset	31
6.1.1	Itsearvioitu terveydentila	31
6.1.2	Alkoholi ja sosiaalisuus	32
6.1.3	Internet ja uhkapelaaminen	33
6.1.4	Suun terveys	33
6.1.5	Seksuaaliterveys	34
6.2	Norjalaisten nuorten aikuisten terveyteen vaikuttavat tekijät	36
6.3	Suomalaisten ja norjalaisten nuorten aikuisten terveyskokemusten vertailua	38
6.3.1	Terveydentila	38
6.3.2	Mielenterveys	39
6.3.3	Seksuaaliterveys	39
6.3.4	Liikunta	40

6.3.5 Ylipaino	41
6.3.6 Päähteet	41
6.3.7 Internetin käyttö ja pelaaminen	43
6.3.8 Opiskelu ja työelämä	43
6.3.9 Ihmissuhteet	44
7 POHDINTA	45
7.1 Tulosten tarkastelu	45
7.2 Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden arviointia	46
7.3 Sisällönanalyysin luotettavuus	48
7.4 Tutkimuksen eettisyys	49
7.5 Hyödynnettävyys ja johtopäätökset	50
LÄHTEET	51
LIITTEET	
Liite 1. Aikataulu	
Liite 2. Tutkimustaulukko	
Liite 3. Luokittelutaulukko	
Liite 4. Sopimus opinnäytetyöstä	

## 1 TAUSTA JA TARKOITUS

Nuorten aikuisten hyvinvointi on tärkeä yhteiskunnan tulevaisuutta määrittävä tekijä. Sen keskeisyydestä huolimatta on aikaisemmissa tutkimuksissa jätetty aikuistuvien nuorien kohderyhmä vähemmälle huomiolle. Korostusta ovat saaneet nuoremmat ikäryhmät tai syrjäytymisessä ja erilaisissa riskiryhmissä olevat nuoret. Tämä näkyy myös Suomen valtioneuvoston vahvistamassa Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämisohjelma Kaste 2012–2015:ssa, jonka tavoitteena on kehittää lasten, nuorten ja perheiden palveluja asiakaslähtöisinä palvelukokonaisuuksina. (Kaste 2012–2015, 22.)

Tämä opinnäytetyö on tehty osana Nuori Eurooppa -hanketta, joka tutkii nuorten aikuisten hyvinvointia Euroopassa. Tarkoituksena on ollut selvittää norjalaisten nuorten aikuisten terveyskokemuksia sekä siihen vaikuttavia tekijöitä. Aihetta on tutkittu laadullisen tutkimuksen menetelmällä tutkimusaineistoa systemaattisesti analysoiden. Alkuperäistutkimukset on kerätty systemaattisen kirjallisuuskatsauksen periaatteiden mukaisesti ja niiden analysointi on toteutettu sisällönanalyysin avulla.

Terveys on Norjassa OECD-maiden huippua. Tästä huolimatta Norjan sosiaali- ja terveysministeriö muistuttaa julistuksessaan, että yhä enemmän ihmisiä sairastuu, väestö ikääntyy ja tarvitsee sen myötä hoitopaikkoja. Vaikka terveydenhuollon toimintaa kehitetäänkin koko ajan, eivät apua tarvitsevat ja sitä tarjoavat palvelut kohtaa. Riittämättömän koordinoinnin takia sairaat vanhukset, kroonisesti sairaat sekä päihde- ja mielenterveydellisistä ongelmista kärsivät eivät saa tai pääse hoitoon silloin, kun he sitä tarvitsisivat. Näistä erityisesti mielenterveysongelmat ovat kasvaneet Norjassa. (Hanssen 2009, 1.) Tilastotietojen mukaan joka viides työikäinen kärsii jonkinlaisesta mielenterveysongelmasta (Rådet for psykisk helse, 2009). Yleistyneiden mielenterveysongelmien lisäksi nuorten aikuisten itsemurhat ovat yleistyneet, etenkin miesten kohdalla (Statistical Yearbook of Norway 2011, 134–135).

Terveydentilan kokeminen on aiheena tärkeä ja ajankohtainen; koska Pohjoismaissa nuoret aikuiset määrittelevät terveyskokemuksensa hyvin pitkälle samanlaisina, voidaan tämän opinnäytetyön tulosten perusteella kehittää nuorten aikuisten palveluja ja terveyden edistämistä sekä kotimaassa että kansainvälisesti. Tämä työ antaa uusia näkökulmia nuorten aikuisten kokeman terveydentilan tarkasteluun sekä taustatietoa terveyteen liittyvien palvelujen kehittämisessä.

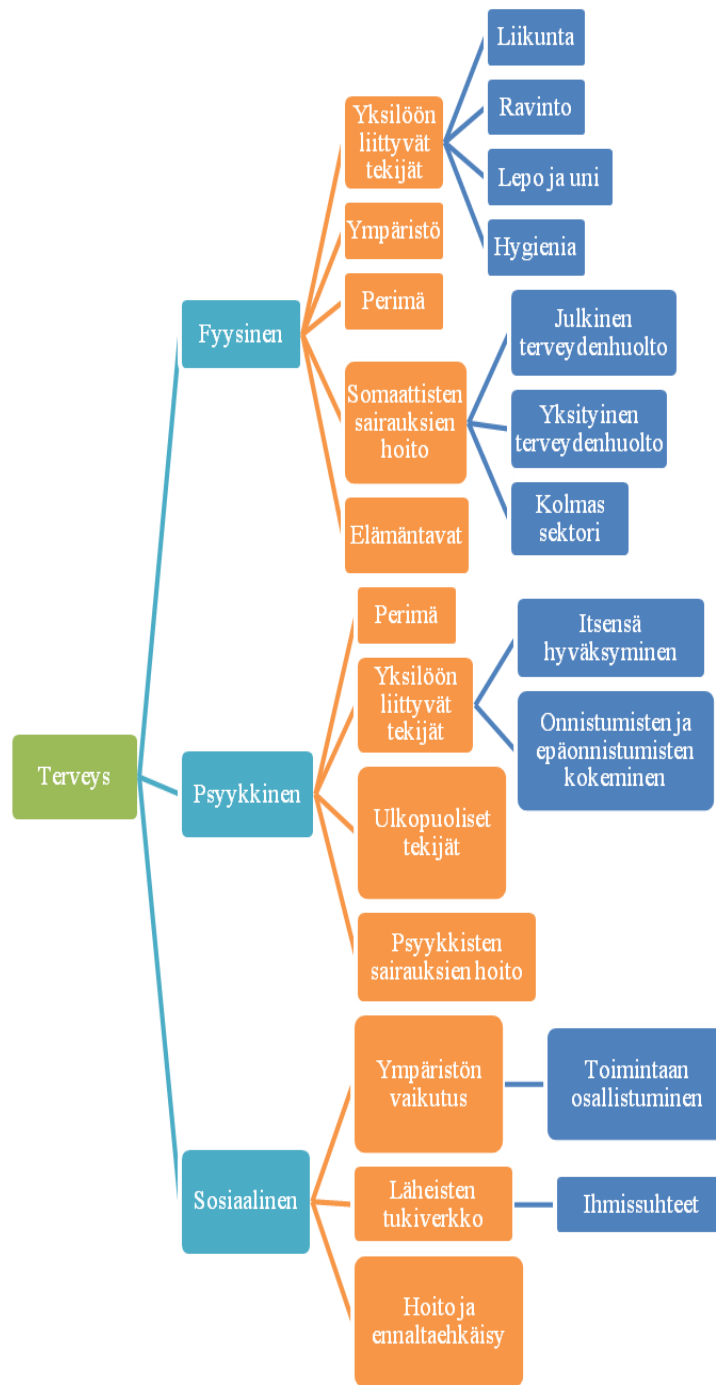
## 2 VÄESTÖN TERVEYS NORJASSA

Maailman terveysjärjestön WHO:n määritelmän mukaan terveys on täydellisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila eikä vain taudin tai heikkouden puuttumista. Terveys voi myös olla kuvaus koko ajan muuttuvasta tilasta, johon vaikuttavat sekä sairaudet että fyysinen ja sosiaalinen elinympäristö, myös ihmisen omat kokemukset ja hänen arvonsa ja asenteensa. (Huttunen 2011; Eriksson, Isola, Kyngäs, Leino-Kilpi, Lindström, Paavilainen, Pietilä, Salanterä, Vehviläinen-Julkunen & Åstedt-Kurki 2007, 77). Sairautta puolestaan on pidetty tasapainottomuutena tai normaalia poikkeavana tilana ihmisen biologisessa tai psyykkisessä rakenteessa (King 1981).

Toisen maailmansodan jälkeen kansainvälisessä terveyskonferenssissa New Yorkissa WHO:n määritelmä terveydestä astui voimaan huhtikuussa 1948 ja se on kirjattu järjestön perustamisasiakirjaan. WHO:n määritelmä on kuitenkin joutunut arvostelun kohteeksi siksi, että tällaista tilaa ei ole kenenkään mahdollista saavuttaa. Määritelmää on myöhemmin kehitetty terveyden dynaamisuutta ja hengellisyyttä korostamalla. (Torppa 2004, 47.)

Perustamisasiakirjassa todetaan myös, että parhaimmasta mahdollisesta saavutettavissa olevasta terveydentilasta nauttiminen on jokaisen ihmisyyksilön perusoikeus. Tämä oikeus terveyteen tarkoittaa oikeutta riittävään veteen, ruokaan, asumiseen, vaatetukseen, terveydenhuoltoon, koulutukseen, työttömyys-, sairaus-, vammaisuus- ja vanhuusturvaan. Ihmisoikeutena terveys laajentaa määritelmää sosiaaliseen ja yhteiskunnalliseen suuntaan. (Torppa 2004, 47–48.)

Tässä opinnäytetyössä terveys-käsite esitetään WHO:n määritelmän mukaisesti fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena osa-alueena. Sairaus-käsitettä ei ole ryhmitelty omaksi kategoriakseen, sillä se liittyy oleellisesti kaikkiin kolmeen alueeseen.



Kuva 1. Terveysteen liittyvät tekijät (mukaillen Huttunen 2011 ja WHO 2013).

Yllä olevassa kuvassa on esitetty terveyteen vaikuttavia tekijöitä. Fyysiseen terveyteen vaikuttaa perimän lisäksi ympäristö. Muita tekijöitä ovat itsestään huolehtiminen, kuten riittävä lepo ja liikunta, ravitsemus sekä hygieniasta huolehtiminen, joihin ympäristö antaa vaihtoehtoja. Nämä vaikuttavat psyykkiseen ja sosiaaliseen terveyteen, jotka molemmat muodostuvat ympäristön vaikutuksesta, läheisten muodostamasta tukiverkostosta sekä mahdollisten sairauksien hoidosta ja ennaltaehkäisystä. Sosiaaliseen terveydentilaan liittyvä sairaudenhoito voi olla esimerkiksi ihmissuhteiden muodos-



tamisen harjoittelemista ja toimintaan osallistumista terapiaryhmässä. Koska kaikki osa-alueet ovat yhteydessä toisiinsa, on tärkeää ennaltaehkäistä niihin liittyviä sairauksia.

YK:n kehitysohjelma UNDP:n mukaan Norja on useasti ollut maailman paras maa asua. Norja on myös Maailman talousfoorumin Global Gender Gap Report -raportin mukaan yksi niistä maista, joissa sukupuolten välinen tasa-arvo parhaimmin toteutuu. (Hausmann, Tyson & Zahidi 2012, 18.)

Terveys näkyy myös elinajanodotteessa, mikä on pidentynyt vuosikymmenien aikana huomattavasti. Vuonna 2010 syntyneen tyttölapsen elinajanodote oli 83 vuotta ja pojan 79 vuotta. (Statistical Yearbook of Norway 2011, 61–66, 106.)

Taulukko 1. Tilastotietoa (mukaillen Norjan tilastokeskuksen tietoja vuodelta 2011).

<b>Tekijä</b>	<b>Vuosi</b>	<b>Määrä</b>
Väestön määrä	2011	4920305
Väestöstä naisia	2011	2459456
Väestöstä miehiä	2011	2460849
Väestöstä 20 - 29 vuotiaita	2011	632126
Elinajanodote naisilla	2010	83
Elinajanodote miehillä	2010	79
Ensisynnyttäjien keski-ikä	2011	28,2
Kuolleisuus	2010	41499
Arvioitu imeväiskuolleisuus 1000 elävää syntynyttä kohti	2010	3
Lääkäreitä 100000 asukasta kohti	2009	402
Vuodepaikkoja sairaalassa 100000 ihmistä kohti	2009	335

Norjalaisten kansanterveys on erittäin hyvä ja lapsikuolleisuusluku hyvin matala. Suurin osa aikuisväestöstä on saanut toisen asteen koulutuksen, ja lukutaitoisia on lähes 100 prosenttia. Äärimmäistä köyhyyttä ei Norjassa esiinny, ja suhteellinen köyhyystasokin on matala muihin OECD-maihin verrattuna. Vuonna 2011 väestön määrä Norjassa oli 4 920 305, ja marraskuussa 2012 luku ylitti viiden miljoonan. Maahanmuutto on kuitenkin kasvattanut väkilukua enemmän kuin väestön luonnollinen lisääntyminen. (Statistical Yearbook of Norway 2011, 65, 101–108.)

Ensisynnyttäjien keski-ikä Norjassa on 28 vuotta, joista suurin osa on nuoria, teini-ikäisiä tyttöjä. Ison-Britannian ja Islannin jälkeen Norjassa on kolmanneksi eniten alle 20-vuotiaita äitejä. Suurin osa nuorten raskauksista johtaa kuitenkin aborttiin, mikä asettaa uuden haasteen Norjan terveydenhuollolle. (The European Observatory on Health Care Systems 2000, 4.)

Taulukko 2. Arvio ikäjakaumasta Norjassa (mukaillen Ministry of Health and Social Affairs and Statistics).

Ikä											
	0 - 9	10 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 - 79	80 - 89	90+	Yht.
<b>Vuosi 2000</b>	14 %	12 %	14 %	15 %	14 %	12 %	8 %	7 %	4 %	1 %	100 %
<b>Vuosi 2020</b>	12 %	12 %	13 %	12 %	13 %	13 %	12 %	9 %	4 %	1 %	100 %

Iäkkäiden osuus väestöstä tulee kasvamaan vuosien myötä. Erityisesti yli 60-vuotiaiden osuuden odotetaan nousevan 6 % vuodesta 2000 vuoteen 2020. Sen sijaan nuoria aikuisia, iältään 20–29, oli kokonaisväestöstä 632 126 vuonna 2011. (The European Observatory on Health Care Systems 2000, 3.)

Ikäryhmästä väliltä 16–24 tupakoi 12 % vuonna 2010, joista naisten osuus oli hieman miehiä enemmän. Satunnaisesti tupakoivia samasta ikäryhmästä oli 14 %, joista miehiä oli 17 % ja naisia 10 %. Tupakointi onkin laskenut hintojen nousun myötä ja tupakoimattomien tilojen yleistyttyä. Tämä on kuitenkin johtanut nuuskan käytön lisääntymiseen. (Statistical Yearbook of Norway 2011, 127.) Alkoholin ja huumeiden väärinkäytöstä puolestaan raportoidaan vuosittain 9 000–12 000 kappaletta. Vuonna 2006 norjalaiset kuluttivat alkoholia 6,6 litraa asukasta kohti. Ennusteet kuitenkin viittaavat kulutuksen laskemiseen, etenkin nuorten kohdalla. (Norwegian Directorate of Health 2009, 9–10.)

Vaikka Norja kannustaa lapsia ja nuoria liikkumaan, on painoindeksi noussut muutamman vuoden aikana huomattavasti. Kun vuonna 2005 ikävuosilta 16–44 BMI 27 tai yli oli 14 % naisilla ja 25 % miehillä, olivat luvut vuonna 2008 naisilla 18 % ja miehillä 28 %. Painoindeksin kasvu heijastaa myös diabeteksen sekä sydän- ja verisuonisaira-

uksien yleistymistä. Yleisimmät kuolinsyyt nuorilla aikuisilla ovat ulkoiset syyt, joista itsemurhia on noin neljäsosa. Muita ulkoisia syitä ovat onnettomuudet ja myrkytykset. Sairauksista nuoria menehtyy eniten joko syöpään tai sydän- ja verisuonisairauksiin. (Statistical Yearbook of Norway 2011, 127–128, 134.)

Sen sijaan infektiosairauksia, kuten tuberkuloosia, ilmoitetaan vuosittain esiintyvän 250–350 ihmisellä. Aktiivinen tuberkuloosi on kuitenkin harvinainen, ja suurin osa siihen sairastuneista on ollut maahanmuuttajia. (Norwegian Directorate of Health 2009, 9–10.)

Onnettomuuksia puolestaan tapahtuu Norjassa joka vuosi n. 400 000–450 000 kappaletta. Näistä 53 000 onnettomuudessa ollutta tarvitsee sairaalahoitoa. Vuonna 2006 onnettomuudet johtivat 1824 ihmisen kuolemaan. (Norwegian Directorate of Health 2009, 9–10.)

Toisen asteen koulutuksen vuonna 2010 aloitti yhteensä 228 170 oppilasta. Heistä 18 % lopetti kesken ja 56 % valmistui määräajassa. Korkeakouluihin opiskelemaan päässeitä oli 241 302, joista enemmistö oli naisia. Ammattikorkeakoulussa enemmistö opiskelijoista on miehiä, kun taas yliopistossa opiskelee enemmän naisia. Naiset suorittavatkin miehiä useammin korkeakoulututkinnon. Sen sijaan vuonna 2009 työikäisistä 15–64-vuotiaista 79 %:lla oli työpaikka. Nuorista aikuisista, iältään 20–29 vuotta, suurin osa oli töissä joko vakituisessa paikassa tai teki töitä opintojensa ohella. Naisten osuus oli 74,5 % ja miesten 77,5 %. (Statistical Yearbook of Norway 2011, 142–143, 166, 174–175, 204.)

Terveys on paitsi elämän voimavara ja tärkeä arvo, myös yksi kansallisista menestystekijöistä. Kansanterveys on sekä inhimillisen että taloudellisen ja sosiaalisen kehityksen kulmakivi. (Terveiden edistämisen suunnitelma vuodelle 2008, 4.) Terveyshyöty on mitattava paranema yksilön tai väestön mitattavassa terveydessä, mikä sisältää paitsi elämän pituuden, myös laadun. Terveyshyöty on käsite, jonka voidaan osoittaa tuottavan hyötyä kustannusten vähenemisenä tai lisääntyneenä terveytenä. Selkeästi hahmotettavissa terveyshyöty on esimerkiksi rokotusohjelmien kautta saavutetun mitattavan väestön terveydentilan parantuminen. (Torppa 2004, 47.)

Elintavoilla, kuten säännöllisellä liikunnalla ja ruokatottumuksilla, on keskeinen merkitys terveyden edistämisessä ja tärkeimpien kroonisten tautien ehkäisyssä. Myös tu-

pakointi, alkoholinkulutus, hampaidenhoitotottumukset, liikenneturvallisuus sekä terveyspalvelujen ja lääkkeiden käyttö ovat kansanterveyden kannalta tärkeitä asioita. (Helakorpi, Pajunen, Jallinoja, Virtanen & Uutela 2010, 9.)

### 3 TERVEYDENHUOLTO NORJASSA

Terveys- ja hoitokulttuuri sisältävät terveyteen ja hoitamiseen liittyvän maailmankuvan, uskomusjärjestelmän sekä toimijat ja käytännöt. Hoitokulttuuria voidaan tarkastella sekä historian että nykyisyyden näkökulmasta, jolloin historiallinen näkökulma merkitsee terveysalan ammatti- ja työkulttuurien tutkimista. Nykyisyyden lähtökohtana puolestaan on terveys- ja hoitokulttuurin globalisoituminen: hoitoalan organisaatiossa monikulttuurisuus lisääntyy, ja se vaikuttaa sekä yksilöön, että yhteisöön. (Eriksson ym. 2007, 70–71.)

Terveysterveystenhuoltopalvelut julkisella sektorilla rahoitetaan Norjassa verovaroin ja ne on suunniteltu siten, että ne ovat tasapuolisesti kaikkien kansalaisten saatavilla sosiaalisesta asemasta riippumatta. Kaikki Norjassa asuvat kuuluvat sosiaalivakuutusjärjestelmän piiriin. Järjestelmä on valtion ylläpitämä, ja se oikeuttaa kaikki siihen kuuluvat henkilöt erilaisiin eläkkeisiin (esim. vanhuuseläke, perhe-eläke, kyvyttömyyseläke) sekä tukiin, joita maksetaan sairauksien, työtapaturmien, onnettomuuksien, raskauden ja synnytyksen ja yksinhuoltajuuden perusteella sekä hautajaisten järjestämistä varten. Yhdessä perheavustuksen ja vanhemmille maksettavan toimeentuloturvan kanssa sosiaalivakuutusjärjestelmä on Norjan tärkein yleinen vakuutusjärjestelmä. Vuoden 1999 lopussa noin 1,1 miljoonan norjalaisen päätulon muodostivat sosiaalivakuutusjärjestelmän nojalla maksetut etuudet. Samana vuonna sosiaalivakuutusjärjestelmästä maksettiin yhteensä 162 miljardia Norjan kruunua, mikä vastaa 13,6 % maan bruttokansantuotteesta ja noin 34,3 % maan budjetista. Järjestelmä rahoitetaan työntekijöiden, yrittäjien ja muiden vakuutettujen tahojen jäsenmaksuilla, työnantajamaksuilla sekä valtion avustuksilla. (Health care in Norway; Hospitals.)

Terveysterveystenhuoltoalalla työskentelee 242 500 henkilöä, ja se onkin yksi suurimmista sektoreista norjalaisessa yhteiskunnassa. Vuosittain terveysalalle valmistuu yli 6800 henkilöä, joista miehiä on noin 1089. Vuonna 2009 vuodepaikkoja sairaalassa 100 000 ihmistä kohti oli 335 ja lääkäreitä 402. (Statistical Yearbook of Norway 2011, 142–143, 166.)

Sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla työskentelevien lupahallintoa valvoo, hoitaa ja ohjaa Norwegian Registration Authority for Health Personnel, joka vastaa Suomen Valviraa. (Statens autorisasjonskontor for helsepersonell, SAFH). Valmistuttuaan korkeakoulusta tai yliopistosta opiskelijat saavat lisenssinsä Chief County Medical Officerista Oslosta. Myös ulkomailla tutkintonsa suorittanut voi anoa lupaa harjoittaa ammattitoimintaa Norjassa hakemalla lisenssiä Chief County Officerista. (The European Observatory on Health Care Systems 2000, 16.)

Vastuu kansallisen terveystalouden muotoilusta ja valvomisesta on sosiaali- ja terveysministeriöllä, kun taas palveluiden tarjoaminen on yksittäisten kuntien ja alueiden huolehdittavana. Kunnat vastaavat tärkeimmistä terveydenhuoltopalveluista, kuten yleislääkärien vastaanotoista. Lainsäädäntö pyrkii kehittämään jo väestölle olemassa olevaa oikeutta saamaan yhtäläistä lääketieteellistä apua asuinkunnasta riippumatta. Sen sijaan läänit ja neljä terveydenhuoltoaluetta vastaavat erikoistuneemmista terveyspalveluista, kuten sairaaloista. Niiden yhdistetty budjetti on yli NOK 75 miljardia. Julkisen sektorin palveluiden ohella tarjolla on useita valtuutettuja yksityissairaita ja terveyspalveluita. (About the Ministry 2007.)

Sosiaali- ja terveysministeriöllä on päävastuu hallituksen ruoka- ja ravitsemuspolitiikassa, jonka lisäksi se vastaa kosmetiikkaan liittyvästä lainsäädännöstä sekä lainsäädännöstä geneettisesti muunnettuihin organismeihin liittyen. Ministeriö vastaa myös yleisestä alkoholi- ja huumepolitiikasta, jonka avulla se pyrkii ennaltaehkäisemään huumeiden käyttöä. Myös lääkkeiden tuotannon, maahantuonnin ja jakelun johtaminen kuuluu sosiaali- ja terveysministeriölle. Sen tehtävänä on erityisesti valvoa lainsäädännöllisiä ja taloudellisia toimenpiteitä, kuten korvausjärjestelmää silloin, kun sairaanhoitokustannukset ylittävät tietyn rajan. Tätä järjestelmää kutsutaan siniseksi reseptiksi. Näiden lisäksi ministeriö on vastuussa säteilysuojelusta. Sen tehtävänä on mm. varmistaa ydinturvallisuus. (The Department of Public Health 2010.)

Norjassa on Suomen kaltainen kansaneläkelaitos, National Insurance Scheme (NIS), joka on universaali ja rahoitetaan verotuloin. Kansaneläkelaitokseen kuuluvalla on tiettyjä oikeuksia terveyspalveluihin. Jäsen on oikeutettu saamaan välittömästi lääketieteellistä apua, ja sairaala on vapaasti valittavissa. Hoitovirheen sattuessa jäsenellä on myös oikeus korvaukseen. Sairaalassa vakuutusjärjestelmän jäsenen ei tarvitse maksaa hoidosta, lääkityksestä tai sairaalassa olo ajasta. Esimerkiksi odottavien äitien

tai alle 12-vuotiaiden lasten ei tarvitse maksaa lääkärintarkastuksista. Myös kaikki alle 18-vuotiaat mielenterveysongelmista kärsivät hoidetaan ilman hoitomaksuja. Vaikka yli 12-vuotiaiden terveydenhuolto on maksullinen, voidaan laskutus siirtää vanhempien lääkärikäyntien yhteyteen. Mikäli maksujen yhteismäärä ylittää vuosittaisen ylärajan, voivat vanhemmat hakea maksuvapautuskorttia. (Health care in Norway.)

Norjassa asuvalla on myös oikeus rekisteröityä omalääkäri-järjestelmään. Tämä tarkoittaa kaikkia sellaisia henkilöitä, jotka väestörekisterin mukaan asuvat vakituisesti jossakin Norjan kunnassa. Myös turvapaikanhakijat ovat oikeutettuja liittymään tähän järjestelmään. Oikeus raukeaa, mikäli turvapaikkahakemus hylätään. Järjestelmä on vapaaehtoinen, mutta mikäli kuntalainen ei halua liittyä siihen, on hänen löydettävä lääkäri itse. (Health care in Norway.)

Sairaalatoiminnan tehtävänä on toimia kansanterveyden edistämiseksi ehkäisemällä sairauksia, vammoja, kärsimystä ja työkyvyttömyyttä. Potilaita hoidetaan heidän tarpeensa huomioiden, mutta kuitenkin siten, että hoito on samanarvoista kaikille. Heille turvataan pääsy laadukkaaseen hoitoon. Lisäksi potilaille varmistetaan paras mahdollinen tuki ja neuvonta. (Hospitals.)

Terveyden edistäminen tarkoittaa toimintaa, jonka tarkoituksena on parantaa ihmisten mahdollisuuksia oman ja ympäristönsä terveydestä huolehtimisessa. Lisäksi se on terveyden edellytysten parantamista paitsi yksilön, myös yhteisön ja yhteiskunnan kannalta. (Torppa 2004, 47–48.)

Väestön terveyden edistäminen tukee yhteiskuntapoliittisten tavoitteiden toteutumista. Suomessa terveyden edistäminen liittyy hallitusohjelmassa lasten ja nuorten syrjäytymisen ja pahoinvoinnin vähentämisen, työllisyysasteen nostamisen, ikäihmisten toimintakyvyn vahvistamisen ja terveyserojen kaventamisen tavoitteisiin. Terveyden edistämisen ja sen rakenteiden vahvistaminen on sekä kansallisen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelman että hallitusohjelman mukaisen terveyden edistämisen politiikkaohjelman ydintehtäviä. (Terveyden edistämisen suunnitelma vuodelle 2008, 4.) Norjassa terveyden edistäminen keskittyy terveyst- ja hoivapalveluille, erikoissairaanhoidon, infektio- ja tartuntatauti- ja hoitoon, ruoan säännöstelyyn ja veden juomiseen, erilaisiin tapaturmiin varautumiseen, mahdollisuuteen saada psykiatrista apua kriisitilanteissa sekä yhteistyöhön kansainvälisesti. (About the Ministry 2007.)

Yksi Norjan hallituksen painopistealueista on mielenterveysongelmista kärsivien erilaisten palvelujen laajentaminen ja vahvistaminen. Tavoitteena on luoda psyykkisesti sairaille ihmisille paremmat elinolosuhteet, ja edistää heidän selviytymistään yhteiskunnassa. Palveluita pyritään tarjoamaan paikkakuntaakohtaisesti. Näitä palveluja tuetaan erikoissairaanhoidopalveluilla, joissa on mahdollisuus potilaan tarkempiin tutkimuksiin ja hoitoon. (Psychiatric health.)

Vaikka kansanterveys on Norjassa OECD-maiden huippua, muistuttaa Norjan sosiaali- ja terveysministeriö muistutuksessaan ihmisten sairastuvan yhä enemmän, väestön ikääntyvän ja tarvitsevan sen myötä lisää hoitopaikkoja. Yhä useammat ihmiset tarvitsevat apua pidempään, ja vaikka sairauksia pystyttäisiinkin hoitamaan teknologian avulla, ovat jonot erityissairaanhoidoon pitkät. Vaikka terveydenhuollon toimintaa kehitetäänkin koko ajan, eivät kaikki apua kaipaavat kohtaavat palveluja silloin, kun he sitä tarvitsisivat. Riittämättömän koordinoinnin takia sairastavat vanhuksset, kroonisesti sairastavat sekä päihde- ja mielenterveydellisistä ongelmista kärsivät eivät saa tai pääse hoitoon silloin, kun he sitä tarvitsisivat. Näistä erityisesti mielenterveysongelmat ovat kasvaneet Norjassa. Tavoitteena onkin investoida enemmän terveyspalveluihin, jotta asiakas todella saisi tarvitsemaansa apua oikeassa paikassa oikeaan aikaan. (Hanssen 2009, 1.)

#### 4 TUTKIMUSONGELMAT

Tässä opinnäytetyössä tavoitteena on kuvailla norjalaisten nuorten aikuisten (18–29 vuotiaiden) kokemaa terveyttä ja kartoittaa terveyteen liittyviä tekijöitä. Tutkimuskysymyksissä määritellään ja rajataan se, mihin systemaattisella kirjallisuuskatsauksella pyritään vastaamaan. Terveyden ja siihen saatavat tuen muodot muodostavat kysymykset:

- 1) Millainen on norjalaisten nuorten aikuisten kokema terveys?
- 2) Millaiset tekijät vaikuttavat norjalaisten nuorten aikuisten terveyteen?
- 3) Miten norjalaisten ja suomalaisten nuorten aikuisten terveystokemukset eroavat toisistaan?

Tarkoituksena on keskittyä nuorten aikuisten terveystietämyksiin ja niihin vaikuttaviin tekijöihin eli tutkimuskysymyksiin numerot 1 ja 2 samojen asiasanojen kautta. Tutkimuskysymykseen numero 3 ei ole tarkoituksen mukaista tehdä systemaattista kirjallisuuskatsausta. Sen sijaan on verrattu norjalaisten ja suomalaisten tilastotietoja ja keskeisimpiä tutkimuksia toisiinsa.

## 5 SYSTEMAATTINEN KIRJALLISUUSKATSAUS

Opinnäytetyön menetelmäksi on valittu systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on näyttää, mistä näkökulmista ja miten tarkasteltua asiaa on aikaisemmin tutkittu ja miten suunnitteilla oleva tutkimus liittyy jo olemassa oleviin tutkimuksiin. Kirjallisuuskatsaus on tehokas väline sellaisten asioiden syventämiseen, joista on jo valmista tutkittua tietoa ja tuloksia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 123.) Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kuvata sekä teoria- että aineistolähtöistä laadullista sisällönanalyysiä aineiston analyysimenetelmänä ja selvittää sen avulla norjalaisten nuorten aikuisten subjektiivista terveystietämystä. Koska systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla on yhdistetty tietyn aihealueen laadullisten tutkimusten tuloksia toisiinsa, on yksittäisistä tutkimuksista saatu vahvempaa tietoperustaa.

### 5.1 Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaiheet

Systemaattisella kirjallisuuskatsauksella tarkoitetaan tieteellistä tutkimusmenetelmää, jossa identifioidaan ja kerätään olemassa olevaa tietoa, arvioidaan tiedon laatua sekä syntetisoidaan tuloksia rajatusta ilmiöstä. Siinä kuvataan menetelmät, joilla kirjallisuus on kerätty sekä kriteerit, joiden mukaan alkuperäistutkimukset on valittu. Lisäksi on huomioitava mahdollisuus kirjauskatsauksen toistettavuuteen. (Hannula & Kaunonen 2006.)

Systemaattisen kirjallisuuskatsaus etenee vaiheittain suunnittelusta raportointiin. Vaiheet voidaan karkeasti jaotella kolmeen alueeseen, jossa ensimmäinen vaihe sisältää katsauksen suunnittelun, toinen katsauksen tekemisen tiedonhauilla ja analysoinnilla ja kolmas vaihe raportoinnin. (Johansson, Axelin, Stolt & Ääri 2007, 5.) Tämä opinnäytetyö etenee näiden vaiheiden mukaisesti.



## 5.2 Tutkimussuunnitelma

Aiheenvalinnan jälkeen seuraava vaihe systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa on tutkimussuunnitelman laatiminen. Sen tarkoitus on ohjata systemaattisen kirjallisuuskatsauksen etenemistä. Lisäksi tutkimussuunnitelmassa määritellään tutkimuskysymykset, joihin systemaattisella kirjallisuuskatsauksella pyritään vastaamaan. Täsmällisten tutkimuskysymysten avulla tutkimussuunnitelma rajaa systemaattisen kirjallisuuskatsauksen riittävän kapealle alueelle, minkä ansiosta aiheen kannalta keskeinen kirjallisuus tulee huomioiduksi mahdollisimman kattavasti. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 47.) Tutkimusprosessia on esitetty taulukossa 3.

Tässä opinnäytetyössä tutkimuskysymyksiin ”Millainen on norjalaisten nuorten aikuisten kokema terveys?” sekä ”Millaiset tekijät vaikuttavat norjalaisten nuorten aikuisten terveyteen?” päädyttiin, koska niiden avulla saadaan mahdollisimman kattavasti tutkittua norjalaisten nuorten aikuisten terveydentilaa. Kolmanteen tutkimuskysymyksen ”Miten norjalaisten ja suomalaisten nuorten aikuisten terveyskokemukset eroavat toisistaan?” puolestaan päädyttiin opinnäytetyön hyödynnettävyyden takia. Vertailusta on tarkoituksena saada selville kahden terveydenhoitoa johtavan maan eroja ja samanlaisuuksia, jotka auttavat nuorille aikuisille suunnattujen terveydenhoitopalvelujen kehittämisessä.

Alkuperäistutkimusten keräämiseksi on tutkimussuunnitelmassa määritettävä systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymykset, menetelmät ja strategiat. Lisäksi on määritettävä alkuperäistutkimusten valintakriteerit sisäänottokriteereitä tai pois-sulkukriteereitä käyttäen. Perusteluna poisjättökriteerien määrittämiselle on, että epävarmat tutkimukset halutaan pitää aineistossa mukana, kunnes ne voidaan luotettavasti jättää pois analyysistä. (Kääriäinen & Lahtinen 2006.)

Nuorten aikuisten terveydentilaa on tutkittu seuraavien tekijöiden kautta:

- ❖ itsearvioitu terveys ja koetut oireet (korostunut osuus)
- ❖ paino, painon kokeminen ja laihduttaminen
- ❖ liikuntatottumukset
- ❖ tupakointi, alkoholin ja huumeiden käyttö
- ❖ mielenterveys
- ❖ suuhygienia
- ❖ seksuaaliterveys
- ❖ opiskelu ja koulukokemukset
- ❖ työelämä
- ❖ perhe ja sosiaalinen tuki (painopistealueet mukailtu Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study pohjalta 2010.)

Taulukko 3. Tutkimusprosessin kulku

<b>Aiheen valinta</b>	<b>Nuori Eurooppa -hanke</b>	Hanke on jatkoa Voi hyvin nuori-hankkeelle Suomessa
<b>Tutkimuksen tarkoitus</b>	<b>Tarkoitus on kuvata norjalaisten nuorten aikuisten terveyttä</b>	Määritellään käsite <i>terveys</i> : terveys on fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen alueen tasapainoa
<b>Tutkimusongelma</b>	1) Millainen on norjalaisten nuorten aikuisten kokema terveys? 2) Millaiset tekijät vaikuttavat norjalaisten nuorten aikuisten terveyteen?	Määritellään käsite <i>nuori aikuinen</i> : iältään 18–29, elää itsenäistä elämää  Määritellään käsite <i>kokemus</i> : koke-malla saatu tieto tai taito, koettu tapaus tai elämys, perehtyneisyys
<b>Tutkimukseen osallistujat</b>	<b>Norjalaiset 18–29 vuotiaat nuoret aikuiset</b>	Käsitellään jo aiemmin tehtyjä tutkimuksia
<b>Aineiston keruu</b>	<b>Aikaisemmat, olemassa olevat tutkimukset aiheesta</b>	Tutkimukset, jotka kohdistuvat norjalaisiin nuoriin aikuisiin ja heidän terveystietoihinsa
<b>Aineiston analyysi</b>	<b>Aineistolähtöinen sisällönanalyysi</b>	Aineistosta esiin nousevat havainnot. Määritellään käsite <i>sisällönanalyysi</i>
<b>Tulokset</b>	<b>Terveyden määrittely, sitä vahvistavat ja uhkaavat tekijät</b>	Terveys (ks.7) Mitattaviksi hyvinvoinnin osatekijöiksi luetaan terveys, elinolot ja toimeentulo.

### 5.3 Aineiston haku

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen toisessa vaiheessa edetään tutkimussuunnitelman mukaisesti valikoimalla mukaan otettavat tutkimukset, analysoimalla ne sisällönanalyysin avulla sekä arvioimalla niiden laatua. (Leino–Kilpi 2007, 6.) Tutkimukset voivat olla eri kielellä julkaistuja, jotka käännetään tarvittaessa (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 49). Alkuperäistutkimusten haussa on kuitenkin syytä välttää systemaattista kieli- ja julkaisuharhaa. Tällä tarkoitetaan sitä, että mikäli haut rajataan vain tiettyyn tai tiettyihin kieliin, voi hakujen ulkopuolelle jäädä relevantteja alkuperäistutkimuksia. Koska systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa tarkoituksena on vastata määrättyihin tutkimuskysymyksiin kattavasti, pyritään alkuperäistutkimusten haussa löytämään myös julkaisemattomat lähteet. Tämän tarkoituksena on julkaisuharhan vähentäminen. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 40.)

Koska haun täytyy olla riittävän kattava, haetaan alkuperäistutkimuksia eri tietokannoista sekä sähköisesti että manuaalisesti. Manuaalinen haku tarkoittaa alkuperäistutkimusten etsimistä käsin erilaisista julkaisemattomista lähteistä. Hakuun valitaan tutkimuskysymysten kannalta keskeiset lehdet, teokset, abstraktit, julkaisusarjat, monografiat ja lähdeluettelot rajatulta ajalta. Tällä varmistetaan, ettei elektronisten hakujen ulkopuolelle ole jäänyt relevantteja alkuperäistutkimuksia. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 40 - 41.) Elektroninen aineisto puolestaan voi olla joko tietokanta tai kokonainen teos, kuten sanakirja. Tietokantoja on yleisiä, monen alan kattavia sekä tieteenala-kohtaisia. Sekä tietokantoihin että elektronisiin hakuteoksiin voidaan kohdistaa tarkkoja hakuja. (Hirsjärvi, ym. 2007, 89.) Tässä opinnäytetyössä aineisto koostuu englanninkielisistä teksteistä, jotka on haettu elektronisella tiedonhaulla. Haut perustuvat hakustrategioihin, joissa määritetään tietokannat, vapaat tekstisanat ja indeksoidut termit sekä näiden yhdistelmät. Jokaiseen tutkimuskysymykseen on tehty hakuja mahdollisimman monipuolisesti eri hakusanoilla ja -termeillä. Eri tietokantoihin tehdyt haut on tehty niiden hakustrategioiden mukaisesti. (Ks. Kääriäinen & Lahtinen 2006, 40.)

Kevään 2013 aikana tehtiin useita koehakuja CINAHLin (Ebsco) sekä PubMedin (Medline) kirjallisuushaun tietokantoihin. CINAHL on vuonna 1981 perustettu luotettava tiedonhakuportaali hoitotyön ammattilaisille, opiskelijoille, opettajille ja tutkijoil-

le. PubMed sen sijaan on nimitys kansainväliselle lääketieteelliselle kirjastolle. Alkuperäistutkimusten systemaattinen haku on suoritettu 16.3.2013.

EBSCO Host tarjoaa seuraavia tietokantaohjelmia: Academic Search Elite, Art Full Text, CINAHL, GreenFILE ja Library, Information Science & Technology Abstracts. Tähän opinnäytetyöhön on valittu tietokantaohjelmaksi CINAHL. CINAHL- tietokannan tarkennettu haku on tehty seuraavilla valinnolla:

- 1) Boolean operaattori
- 2) tarkennettu haku: Hakusanat ovat lyhennetty merkillä \*.
- 3) haku-tyyppinä asiasanat
- 4) kielivalinta englanti
- 5) julkaisupäivämäärä: 1.1.2000–31.12.2012
- 6) julkaisutyyppinä kaikki.

Pub Medista eli Medline-tietokannasta haettiin tutkimuksia seuraavilla valinnoilla:

- 1) Basic search
- 2) Publication dates from 2000/01/01 to 2012/12/31.

Tuloksien määrän supistamisen takia hakusanoja ei ole lyhennetty. Hakutermien toisistaan poikkeava asettelu johtuu tietokantojen erityylistä hakujen muodostamisen suhteen. Kaikissa tietokannoissa käytettiin parhaimmaksi oletettua hakutermien muotoa.

Asiasanoja englanniksi haettiin Medicin kautta. Medic on suomalainen terveystieteellinen tietokanta, jota on tuottanut Terveystieteiden keskuskirjasto Terkko vuodesta 1978 alkaen. Medic sisältää viitteitä suomalaisesta lääke-, hammas- ja hoitotieteellisestä kirjallisuudesta (artikkeleita, kirjoja, väitöskirjoja, opinnäytetöitä ja tutkimuslaitosten raportteja). (Johansson ym. 2007, 30.)

Edellä lueteltujen tiedonhakuportaalien lisäksi tehtiin koehakuja tutkijoille kehitettyyn Google Scholariin. Palvelu mahdollistaa monihaun samalla kertaa useista eri tieteellisen kirjallisuuden tietokannoista. Aineistoa on monilta tieteenaloilta ja eri lähteistä. (Hirsjärvi, ym. 2007, 94.) Kuitenkin koehakujen perusteella päätettiin hylätä kyseisen

palvelun käyttö, sillä se antoi liikaa hakutuloksia. Resurssit eivät riittäneet kaikkien tutkimuksen läpikäymiseen.

Taulukossa 4 on kuvattu ensimmäisen tutkimuskysymyksen ”Millainen on norjalais-ten nuorten aikuisten kokema terveys?” sekä toisen ”Millaiset tekijät vaikuttavat nor-jalaisten nuorten aikuisten terveyteen?” hakusanat ja tulokset.

Taulukko 4. Ensimmäisen ja toisen tutkimuskysymyksen hakusanat

Tietokanta	Hakusana	Tutkimuksia yhteensä
CINAHL (Ebsco Host)	Norwegian youth	8
	Norwegian adolescent	0
	Health in Norway	145
	Health of Norwegian adult	8
	Norwegian adult	176
	Psych* Health Norw*	9
	Physi* Health Norw*	8
	Soci* Health Norw*	17
Pub Med (Medline)	Health situation of Norwegian adolescent	42
	Norwegian youth health	1568
	Oral health of Norwegian adults	147

#### 5.4 Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen sisällytettävälle alkuperäistutkimuksille on määritettävä tarkat sisäänottokriteerit, jotka toimivat samalla poissulkukriteereinä. Ne perustuvat tutkimuskysymyksiin ja määritellään ennen varsinaista valintaa. Kriteereis-sä voidaan esimerkiksi rajata alkuperäistutkimusten lähtökohtia, tutkimusmenetelmää ja -kohdetta, tuloksia tai tutkimuksen laatua. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 41.)

Hyväksyttävien ja hylättävien alkuperäistutkimusten valinta perustuu siihen, vastaa-vatko hauissa saadut alkuperäistutkimukset asetettuja sisäänottokriteereitä. Ensin kai-kista alkuperäistutkimuksista luetaan otsikot ja näiden perusteella hyväksytään ne, jot-ka vastaavat sisäänottokriteereitä. Mikäli vastaus ei selviä otsikosta, tehdään valinta abstraktin tai koko alkuperäistutkimuksen perusteella. Hyväksytyjen ja hylättyjen al-

kuperäistutkimusten lukumäärät sekä perustelut hylkäämisen sille on merkittävä muistiin jokaisen vaiheen yhteydessä. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 41.)

Koska tämä opinnäytetyö käsittelee norjalaisten nuorten aikuisten terveyttä, ovat valintakriteerit seuraavat:

1. Otsikosta tai tiivistelmästä tulee käydä ilmi tutkimuksen käsittelevän terveyttä.
2. Tutkimuksen kohderyhmänä ovat 18–29-vuotiaat nuoret aikuiset.
3. Tutkimukset kohdistuvat norjalaisiin eivätkä esimerkiksi muihin eurooppalaisiin nuoriin aikuisiin.
4. Tutkimuksen on oltava tieteellinen englanninkielinen julkaisu.
5. Sama tutkimus otetaan huomioon vain kerran.
6. Tutkimuksen sisältö on olennaista opinnäytetyön aiheen kannalta.
7. Tutkimus rajataan ajallisesti vuosiin 2000–2012.

Ajanjakson on oltava sopivan pitkä, jotta tutkimustulokset olisivat mahdollisimman kattavat. Vuonna 2013 julkaistut tutkimukset on jätetty pois, koska opinnäytetyön valmistuessa kevään 2013 aikana ei kaikkia uusimpia tutkimuksia olisi saatu mukaan.

## 5.5 Alkuperäistutkimusten valinta

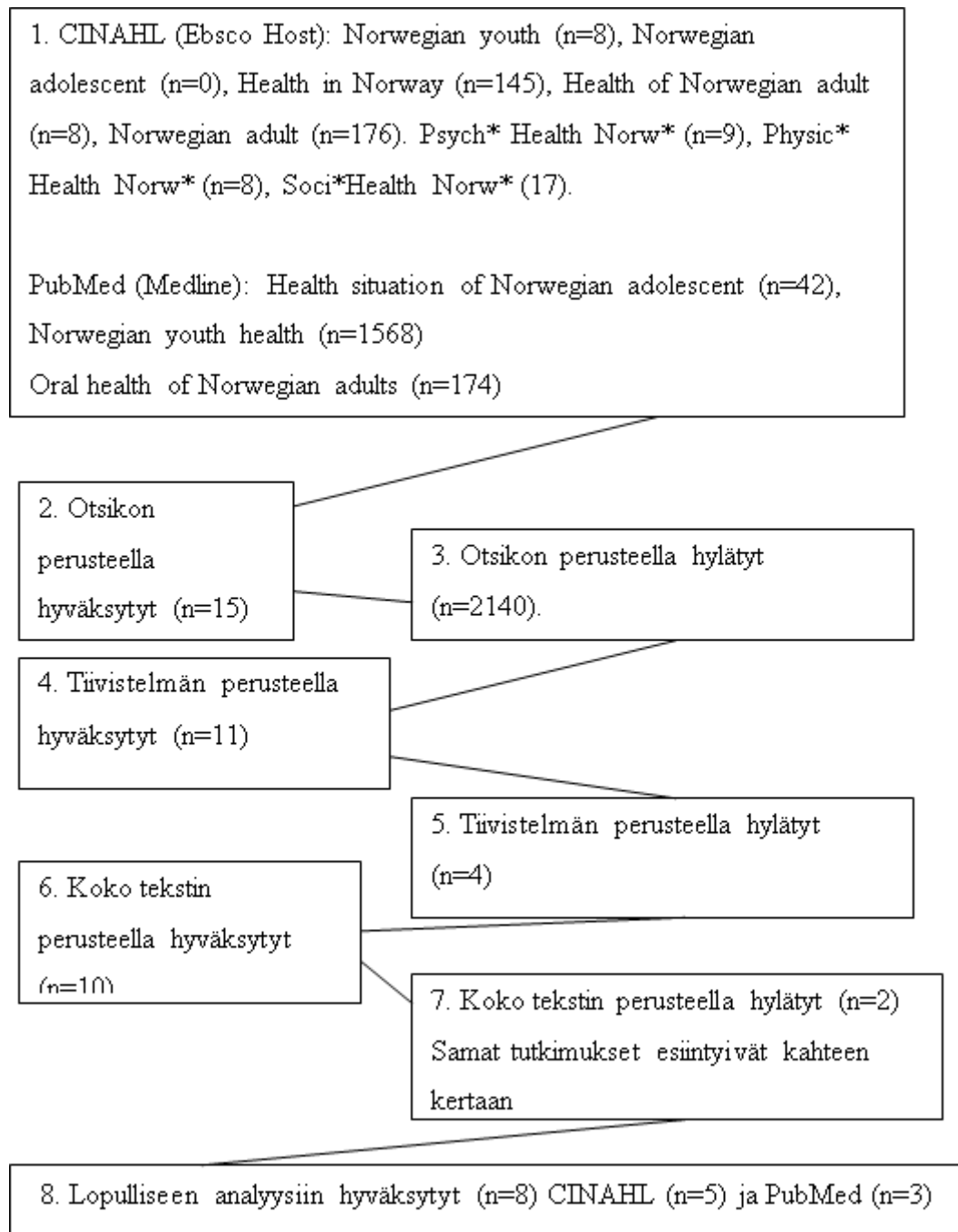
Hyväksytyjen ja hylättyjen alkuperäistutkimuksien valinta tapahtui vaiheittain sisäänottokriteereihin perustuen. Ensin tarkastelun kohteena olivat alkuperäistutkimusten otsikot. Jos vastaavuus ei selvinnyt otsikosta, tehtiin valinta joko tiivistelmän tai koko alkuperäistutkimuksen perusteella. (Kääriäinen ym. 2006, 41.) Valituista tutkimuksista tehtiin synteesi, jossa tulokset kuvataan yhtäläisyyksineen ja eroineen.

Taulukossa 5 on kuvattu ensimmäisen tutkimuskysymyksen ”Millainen on norjalaisten nuorten aikuisten kokema terveys?” sekä toisen ”Millaiset tekijät vaikuttavat norjalaisten nuorten aikuisten terveyteen?” hakusanat, hyväksytyt ja hylätyt tutkimukset sekä tutkimusten yhteismäärä tietokannoittain.

Taulukko 5. Elektronisen tiedonhaun prosessi

<b>Tietokanta</b>	<b>Hakusana</b>	<b>Hyväksytyt</b>	<b>Hylätyt</b>	<b>Tuloksia yhteensä</b>
CINAHL (Ebscob Host)	Norwegian youth	0	8	8
	Norwegian adolescent	0	0	0
	Health in Norway	2	143	145
	Health of Norwegian adult	2	6	8
	Norwegian adult	3	173	176
	Psych* Health Norw*	0	9	9
	Physi* Health Norw*	1	7	8
	Soci* Health Norw*	0	17	17
PubMed (Medline)	Health situation of Norwegian adolescent	2	40	42
	Norwegian youth health	0	1568	1568
	Oral health of Norwegian adults	1	173	174

Seuraavassa kuvassa esitetään alkuperäistutkimusten valinta siten, että ensimmäisessä kuviossa on näkyvissä hakusanat ja niiden tietokannat, toinen ja kolmas vaihe kuvaavat alkuperäistutkimusten hyväksymistä ja hylkäämistä otsikon mukaan, neljäs ja viides vaihe hyväksymistä ja hylkäämistä tiivistelmän mukaan, kuudennessa ja seitsemännessä hyväksyminen ja hylkääminen koko tekstin perusteella ja viimeisessä vaiheessa esitetään hyväksytyjen alkuperäistutkimusten määrä.



Kuva 2. Aineiston valinta ensimmäiseen ja toiseen tutkimuskysymykseen



Yhteensä hakutuloksia oli 2155, joista 15 tutkimusta valittiin tarkasteluun valintakriteerien mukaisesti. Hylättyjä tutkimuksia otsikon perusteella kaikista tutkimuksista yhteensä oli 2140. Ne eivät vastanneet tutkimuskysymyksiin.

Alkuperäistutkimusten abstrakteja tarkasteltaessa huomattiin, että otsikon mukaan valituista alkuperäistutkimuksista epäolennaisia oli neljä kappaletta. Kaksi tutkimusta puolestaan esiintyi sekä PubMed:n että CINAHL:n tietokannoissa. Koska yhden tutkimuksen voi valita mukaan vain kerran, jäi päällekkäisyyksien karsimisen jälkeen hakutulokseksi kahdeksan alkuperäistutkimusta. Näistä suurin osa on yliopistossa tehtyjä tutkimuksia. Alkuperäistutkimukset on koottu taulukkoon 6, jossa kuvataan tutkimusten tarkoitus ja tutkimusmenetelmät.

Taulukko 6. Päällekkäisyyksien karsimisen jälkeen hyväksytyt alkuperäistutkimukset

<b>Tekijä Vuosi, paikka Tutkimuksen nimi</b>	<b>Tutkimuksen tarkoitus</b>	<b>Menetelmä</b>
Bakken, J. I., Gro Wenzel H. & Øren A. 2007, Norja Gambling problems in the family a stratified probability sample study of prevalence and reported consequences.	Tutkii uhkapelaamisen epidemiologiaa norjalaisten perheiden keskuudessa.	Sattumanvaraisesti valitut tutkimushenkilöt norjalaisen väestön tietokannasta, postitetut kyselylomakkeet.
Bakken, I. J., Götestam, K.G., Johansson, A., Wenzel H.G. & Oren A. 2007, Norja Internet addiction among Norwegian adults: a stratified probability sample study.	Tutkii norjalaisten aikuisten Internet-riippuvuutta.	Ositettu todennäköisyystutkimus. Kysely on toteutettu Internetin avulla käyttäen Young Diagnostic Questionnaire (YDQ)-kyselymenetelmää.
Dahl, K. E., Ohrn, K., Skau, I. & Wang, N.J. 2011, Norja Oral health-related quality of life and associated factors in Norwegian adults.	Selvittää suun terveyden yhteyttä elämänlaatuun ja muita siihen liittyviä tekijöitä.	Satunnaisotos, kyselytutkimus.

Eikemo, T. A., Huijts, T. & Skalická, V. 2010, Norja, Ruotsi, Tanska, Suomi Income-related health inequalities in the Nordic countries: Examining the role of education, occupational class, and age.	Osoittaa sosioekonomisen aseman yhteys sairastuvuuteen ja kuolleisuuteen.	Kyselytutkimus, joka on tehty kolmena vuotena seuraavasti: 2002, 2004, 2006.
Fjær, E. G. 2012, Norja The day after drinking: interaction during hangovers among young Norwegian adults.	Tutkii nuorten aikuisten vuorovai- kutusta alkoholin vaikutuksen alaisena.	Haastattelututkimus.
Gele, A. A. & Harsløf, I. 2010, Norja Types of social capital resources and self-rated health among the Norwegian adult population.	Selvittää sosioekonomisen ja koe- tun terveydentilan yhteys sosiaali- seen verkostoon.	Poikkileikkaustutkimus, tieto on kerätty postitetuilla kyselylomakkeilla.
Gravningen, K. & Træen, B. 2009, Norja The Use of Protection for Sexually Transmitted Infections (STIs) and Unwanted Pregnancy among Norwegian Heterosexual Young Adults.	Selvittää norjalaisten nuorten suo- jautuminen sukupuolitaudeilta sekä ei-toivotuilta raskauksilta. Tarkoituksena on myös selvittää, missä määrin nuoret aikuiset eh- käisyvälineitä käyttävät ja missä niiden käyttöä esiintyy.	Tulokset pohjautuvat Inter- netissä käytyyn paneelikes- kusteluun.
Martinussen, M., Kavli, H., Træen B. & Öberg K. 2007, Norja Reduced sexual desire in a random sample of Norwegian couples.	Analysoi parisuhteessa elävien norjalaisten vähentynyttä seksuaa- lista halua ja tunnistaa tekijöitä, jotka liittyvät seksuaalisen halun menetykseen.	Postitetut kyselylomakkeet.

## 5.6 Aineiston laadun arviointi

Alkuperäistutkimusten laatua arvioitaessa kiinnitetään huomio siihen, miten luotettava tutkimuksen antama tieto on. Arvioinnista saatavalla tiedolla on huomattava vaikutus siihen, kuinka merkittävänä systemaattisesta kirjallisuuskatsauksesta mahdollisesti muodostuvaa suositusta voidaan pitää. (Johansson ym. 2007, 101.)

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen valikoitumisharhan välttämiseksi alkuperäistutkimusten valinnan tulisi tapahtua sekä sisäänottokriteerien tarkalla rajauksella että kahden arvioijan toimesta itsenäisesti ja toisistaan riippumattomasti. Jälkimmäinen luotettavuuden kriteeri ei kuitenkaan tässä opinnäytetyössä toteutunut, sillä työ on tehty yksin. (Kyngäs & Utriainen 2008, 40.) Sen sijaan mukaan hyväksytyt alkuperäistutkimukset on valittu sisäänottokriteerien mukaisesti. Valitut tutkimukset ovat enimmäkseen yliopistossa tehtyjä tutkimuksia, joten niiden tulokset ovat luotettavia.

## 5.7 Aineiston analysointi ja tulosten esittäminen

Sekä teoria- että aineistolähtöinen sisällönanalyysi soveltuu systemaattisen kirjallisuuskatsauksen analyysimenetelmäksi. Siinä yhdistetään useiden eri tutkimusten tuloksia tuottaen olemassa olevasta tutkimustiedosta yhteenveto. (Kylmä, Rissanen, Laukkanen, Nikkonen, Juvakka & Isola 2008, 24; Tuomi & Sarajärvi 2004, 95–97) Prosessi muodostuu tutkimuskysymyksen asettamisesta, kirjallisuushausta, tutkimusten arvioinnista, sisäänotto- ja poissulkukriteerien määrittämisestä, tarkoituksenmukaisesta aineiston synteisistä sekä tulosten esittämisestä (Komulainen 2008, 15–16; Tuomi & Sarajärvi 2004, 105).

Tässä opinnäytetyössä alkuperäistutkimusten hakeminen aloitettiin tutkimuskysymyksestä 1. Koehakuja tehtiin useilla eri hakusanoilla, jotka on esitetty taulukossa 4. Lopullinen alkuperäistutkimusten haku on tehty 16.3.2013. Tämän jälkeen on käyty läpi kaikki hakusanoilla löydetty tutkimukset, joista mukaan on otettu tutkimuskysymyksiin vastaavat tutkimukset. Yhteensä hakutuloksia tuli 2155 kpl, joista vain kahdeksan alkuperäistutkimusta vastasi tutkimuskysymyksiin. Usein hylkäämisen syynä oli, etteivät ne vastanneet sisäänottokriteerejä, kuten ikäluokkaa. Alkuperäistutkimusten valinnan kulku on esitetty kuvassa 2.

Valitut alkuperäistutkimukset olivat kaikki tieteellisiä artikkeleita. Artikkelit käytiin läpi yksi kerrallaan ja järjesteltiin myöhemmin tutkimuskysymyksittäin järjestettyihin tuloksiin. Hyväksytyt alkuperäistutkimukset koostuivat neljästä satunnaisotoksina tehdyistä kyselyistä, yhdestä ositetusta todennäköisyystutkimuksesta, poikkileikkaustutkimuksesta, kyselystä, haastattelusta sekä yhdestä paneelikeskusteluun pohjautuvasta tutkimuksesta. Näistä tutkimuksista viisi on haettu CNAHList ja kolme PubMedista.

## 5.8 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysissä voidaan edetä kahdella eri tavalla: kun aineistolähtöinen eli induktiivinen luokittelu perustuu aineistosta esiin nouseviin havaintoihin, tapahtuu teorialähtöinen eli deduktiivinen luokittelu puolestaan olemassa olevien teoreettisten lähtökohtien mukaan. (Kylmä, ym. 2008, 24.) Induktiivisessa sisällönanalyysissä aineistosta lähtevää analyysiprosessia kuvataan aineiston pelkistämisenä, ryhmittelynä ja abstrahointina. Pelkistäminen tarkoittaa tutkimuskysymykseen liittyvien ilmaisujen koodaamista aineistosta. Aineiston ryhmittely puolestaan tarkoittaa pelkistettyjen asioiden yhdistämistä. Abstrahoinnissa taas liitetään samansisältöiset kategoriat toisiinsa muodostaen niistä yläkategorioita. Analyysia jatketaan tuottamalla sanallisesti kuvasta aineistosta määrällisiä tuloksia, jolloin lähdeviitteiden osuus korostuu. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 107, 109; Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.)

Tuotetun tiedon laadun tarkoituksena on se, että tutkimuksen tulokset kuvaavat mahdollisimman kattavasti tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä. Tavoitteena on saada informatiivista tietoa tutkimuskohteesta ja mahdollisesti hyödyntää sitä joko hoitotieteessä tai muualla.

Tiivistetysti aineistolähtöinen sisällönanalyysi etenee seuraavasti:

1. Analyysiyksikön valinta ja aineistoon tutustuminen
2. Aineiston pelkistäminen eli tiivistäminen
3. Aineiston luokittelu ja ryhmittely
4. Aineiston abstrahointi
5. Analyysin luotettavuuden arviointi

Deduktiivista sisällönanalyysiä puolestaan käytetään usein tutkimuksissa, joissa halutaan testata jo olemassa olevaa tietoa uudessa kontekstissa (Kyngäs & Vanhanen 1999, 8–9). Analyysiä voi ohjata teema, käsitekartta tai malli, joka perustuu aikaisempaan tietoon. Tämän perusteella tehdään analyysirunko, johon etsitään sisällöllisesti sopivia osia aineistosta. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 7.) Analyysirunko voi olla väljä, jolloin sen sisälle muodostetaan aineistosta kategorioita noudattaen induktiivisen sisällön analyysin periaatteita. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 7.) Strukturoitu analyysirunko puolestaan voi koostua aineistosta poimituista asioista, jotka sopivat analyysirunkoon. Se, käytetäänkö deduktiivisessa sisällönanalyysissä strukturoitua vai strukturoimatonta

ta analyysirunkoa, riippuu tutkimuksen tarkoituksesta. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 8–9.)

Tässä opinnäytetyössä selvitetään deduktiivisen sisällönanalyysin menetelmien mukaisesti norjalaisten nuorten aikuisten terveystkokemuksia ja induktiivisen sisällönanalyysin avulla terveyteen vaikuttavia tekijöitä. Analyysin loppuvaiheessa ohjaavana ajatuksena on terveys-käsitteen jako fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen kategoriaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 97.)

Analyysiyksikön valinta on tehty tutkimuskysymysten mukaan, jotka on määritelty opinnäytetyön alkupuolella (ks. Tutkimusongelmat). Aineisto on kerätty tehtyjen hakujen avulla CINAHL- ja PubMed -tietokantojen kautta. Tietokannoista on pyritty tunnistamaan tutkittavaa ilmiötä kuvaavia tekstin osia. Tämä on kuvattu kohdassa ”Aineiston haku”.

Ensimmäisessä tutkimuskysymyksessä ”Millainen on norjalaisten nuorten aikuisten kokema terveys?” ja toisessa ”Millaiset tekijät vaikuttavat norjalaisten nuorten aikuisten terveyteen?” analyysirunko pohjautuu aiemmin esitettyyn kuvaan, joka mukailee Huttusen ja WHO:n terveys-käsitteen määritelmää. Analyysirungossa esitetyt aiheet perustuvat suomalaiseen korkeakoulu-opiskelijoille kohdistettuun terveystutkimukseen vuonna 2008 sekä Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study- tutkimukseen, joka on vuodelta 2010.

Taulukko 7. Terveys norjalaisten nuorten aikuisten kokemana. Analyysirunko 1

Päätekijät	Tulokset	Osatekijät	Koettu terveys
Itsearvioitu terveydentila (Gele & Harsløf 2010; Eikemo, Huijts & Skalická 2010.)	Erilaiset sosiaaliset verkostot sekä läheiset ja vahvat ihmissuhteet ovat tärkeitä tekijöitä terveyden kannalta. Myös yhteydet korkeasti koulutettuun henkilöön koetaan tärkeiksi. Nuorista aikuisista 88,1 % arvioi terveydentilansa hyväksi ja 2,8 % huonoksi. (Gele & Harsløf 2010.) Tutkimuksen mukaan niillä ihmisillä, joilla oli paremmat tulot, oli parempi terveydentila kuin pienempituloisemmilla. Lisäksi parempituloiset kärsivät vähemmän pitkäaikaissairauksista. (Eikemo, Huijts & Skalická 2010.)	Ihmissuhteet Sosiaaliset verkostot Ikä Koulutus Työ Sosioekonominen asema	Kokemus hyvästä terveydentilasta vaikuttaa positiivisesti fyysiseen, psyykkiseen sekä sosiaaliseen terveyteen.
Päihteet (Fjær 2012.)	Alkoholin käytön jälkeinen päivä koetaan usein juhlinnan päättymiseksi ja paluuksi arkeen sekä psyykkisesti, fyysisesti että sosiaalisesti. (Fjær 2011).	Alkoholin käyttö Sosiaalisuus	Myönteinen kokemus vaikuttaa sekä fyysiseen, psyykkiseen, että sosiaaliseen terveyteen.
Internet ja pelaaminen (Bakken, Gro Wenzel & Øren 2007; Bakken, Götestam, Johansson, Wenzel & Øren 2007.)	Aikuisista 1 % vastasi olevansa Internet-riippuvaisia. Internet-riippuvuus oli yhteydessä sukupuolen ja ikään. Muita riskitekijöitä olivat huono taloudellinen tilanne, korkeakoulussa opiskelu, uniongelmat ja masennus. (Bakken, Götestam, Johansson, Wenzel & Øren 2007.) Ongelmallista uhkapelaamista esiintyvän perheen jäsenet kärsivät usein sekä henkisistä että fyysisistä sairauksista. Suurella osalla heistä oli nukkumisvaikeuksia tai he tunsivat itsensä masentuneiksi. Myös ahdistusta, päihteiden käyttöä ja itsemurhaajatuksia esiintyi. (Bakken, Gro Wenzel & Øren 2007.)	Internet-riippuvuus Peli-riippuvuus Uhkapelaaminen	Negatiivinen kokemus aiheuttaa ongelmia fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen terveyteen.

Päätekijät	Tulokset	Osatekijät	Koettu terveys
Suuhygienia (Dahl 2011.)	Vastaajista 35 %:lla ei ollut suun terveyteen liittyviä ongelmia. Sen sijaan 56 % raportoi fyysisestä kivusta, psykologisesta epämukavuudesta 39 % ja henkisestä vammasta 30 %. Koettu suun terveys oli vahvasti yhteydessä esiintyviin ongelmiin. Hammaslangan, -tikkujen tai suun huuhteluaineiden käyttö ei liittynyt suun terveysongelmiin. (Dahl 2011.)	Suuhygienia, suun terveys	Myönteinen kokemus vaikuttaa positiivisesti fyysiseen terveyteen.
Seksuaaliterveys (Martinussen, Kavli, Træen & Öber 2007; (Gravningen & Træen 2009.)	Useimmat vastaajista kertoivat tavanneensa edelliset seksikumppaninsa ystäviensä tai perheensä kautta. Puolet vastaajista ei ollut käyttänyt kondomia ensimmäisessä seksuaalisessa kanssakäymisessä äskettäisen partnerinsa kanssa. Sytä tähän olivat pelko epäilyn alaiseksi joutumisesta sekä keskinäinen luottamus. Yleisimmät syyt viimeisempään yhdyntään olivat rakkaus ja seksuaalinen kiihottuminen. (Gravningen & Træen 2009.) Suurin osa pareista (59 %) ei raportoinut seksuaalisen halun menetykseen liittyvän ahdistusta. Halun menetyksen syyksi vastaajat ilmoittivat stressin, sairauden tai "muun" tekijän. (Martinussen, Kavli, Træen & Öber 2007.)	Rakkaus Parisuhde Seksi Ehkäisy	Heikentyneet seksuaaliterveyskokemukset vaikuttavat fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen terveyteen.

## 6 TULOKSET

### 6.1 Norjalaisten nuorten aikuisten terveystkokemukset

#### 6.1.1 Itsearvioitu terveydentila

Gele ja Harsløf tutkivat norjalaisten aikuisten sosioekonomisen ja koetun terveydentilan yhteyttä sosiaaliseen verkostoon. Tutkimukseen vastanneista 18–24-vuotiaista nuorista aikuisista 88,1 % arvioi terveydentilansa hyväksi. Vastanneista 9,1 % arvioi terveydentilansa tyydyttäväksi ja 2,8 % huonoksi. Terveystilan kokeminen huonok-

si oli yhteydessä ikään, sillä 25–39-vuotiaista 84,7 % raportoi terveydentilansa olevan hyvä, 11,1 % tyydyttävä ja 4,2 % huono. (Gele & Harsløf 2010, 4.)

Lisäksi koetun terveydentilan erot vaihtelivat sosiaalisen aseman mukaan. Esimerkiksi työssäkäyvät arvioivat terveydentilansa paremmaksi kuin työttömät ja korkeakoulussa opiskelleet paremmaksi kuin toisen asteen koulutuksen saaneet. Tämä ilmeni myös Eikemon, Huijtsn ja Skalickán (2010) tutkimuksesta. Heidän mukaansa parempituloisilla on parempi terveydentila kuin pienempituloisilla. Lisäksi parempituloiset kärsivät vähemmän pitkäaikaissairauksista. Tulot vaihtelevat molemmilla sukupuolilla koulutus- ja ammattitason mukaan. Niiden suuruuteen vaikuttavia tekijöitä olivat koulutustaso, työ ja ikä. (Eikemo, Huijts & Skalická 2010, 1968–1969.)

Terveydentilaan vaikuttivat myös läheiset ja vahvat ihmissuhteet sekä erilaiset sosiaaliset verkostot, kuten yhteydet korkeasti koulutettuun henkilöön. Lisäksi yksilön aktiivisuus jossakin järjestössä tai seurassa vaikutti hänen terveydentilaansa myönteisesti. (Gele & Harsløf 2010, 5.)

### 6.1.2 Alkoholi ja sosiaalisuus

Alkoholin käytön jälkeinen päivä koettiin Fjærn (2012, 1007) tutkimuksessa usein juhlinnan päättymiseksi ja paluuksi arkeen sekä psyykkisesti, fyysisesti että sosiaalisesti. Ystävien kesken jaettiin ilon ja surun tunteita, jotka olivat aiheutuneet juhlimisesta.

Tutkimuksen mukaan ystävien luona nukkuminen ja sieltä herääminen juhlien jälkeen koettiin positiivisena asiana. Tämä mahdollisti kauemmin ystävien kanssa olemisen ja loi turvallisuuden tunnetta. Huonoja puolia taas oli, ettei ylimääräisiä vaatteita tai hygieniatavaroita ollut usein mukana, nukkumapaikka oli huono ja ympäristö epäsiisti. (Fjær 2012, 999.)

Juhlamisen jälkeisenä päivänä oli tärkeää kokoontua yhteen esim. syömään yhdessä ja jakaa ajatuksia juhlista. Usein puheenaiheina olivat juhlintaan osallistujien kokemukset ja edellisen illan tapahtumat. Viihdyttäväksi koettiin illan tapahtumien kertominen sille, joka kärsi muistin menetyksestä alkoholin juomisen seurauksena. Juhlien jälkeisestä masennuksesta kärsineelle oli tärkeää, kuinka hänelle kerrottiin edellisen illan



tapahtumista ja hänen omasta käytöksestään. Myös sillä, kuinka kaverit asiaa käsittelevät, oli suuri merkitys mielialan muuttumiselle. (Fjær 2012, 1000–1001.)

Juhlinnan jälkeisen päivän vietto ystävien kanssa vaikuttaa juhlien muistattavuuteen ja positiivisten tunteiden saamiseen. Tämä puolestaan vaikuttaa haluun saada uusia kokemuksia uusista juhlista. (Fjær 2012, 1004.)

### 6.1.3 Internet ja uhkapelaaminen

Yksilön lisäksi ongelmallisen uhkapelaamisen vaikutukset näkyvät koko perheen elämässä. Bakkenin, Gro Wenzelin ja Ørenin tekemässä tutkimuksessa 2 % vastaajista vastasi kyllä kysyttäessä läheisen ihmisen rahankäytöstä uhkapeleihin ja rahankäytön valehtelusta uhkapeleihin liittyen. Myöntävästi vastanneista henkilöistä suurin osa oli naisia, iältään nuoria, eronneita, kaupungissa asuvia sekä huonossa taloudellisessa tilanteessa olevia. Tutkijat antoivat tälle ryhmälle nimen Concerned Significant Others (CSO), joka tarkoittaa, että siihen kuuluvat henkilöt ovat merkittävästi huolissaan läheisestään. CSO:n kuuluvat henkilöt raportoivat kokeneensa riitoja perheen keskuudessa uhkapelaamiseen liittyen. Heidän mukaansa perheen jäsenen uhkapelaaminen huonontaa perheen taloudellista tilannetta ja heikentää sekä henkistä, että fyysistä terveyttä. Myös ihmissuhteiden katkeamista esiintyi. (Bakken, Gro Wenzel & Øren 2007.)

Norjalaisista 16–29-vuotiaista nuorista aikuisista Internetiä käyttävät lähes kaikki (99,4 %). Heistä valtaosa arvioi terveydentilansa hyväksi. Kuitenkin 1 %:lla vastanneista esiintyy Internet-riippuvuutta, erityisesti nuorilla miehillä. Bakkenin, Götestamin, Johanssonin, Wenzelin ja Ørenin tutkimuksen mukaan Internet-riippuvuus on yhteydessä sukupuolen ja ikään. Iän ja miessukupuolen lisäksi riskitekijöitä ovat huono taloudellinen tilanne ja korkeakoulussa opiskelu. Uniongelmat, masennus, ylipaino, päihteiden käyttö ja itsemurhayritykset ovat Internet-riippuvuudesta aiheutuvia seurauksia. (Bakken, Götestam, Johansson, Wenzel & Øren 2007, 123–125.)

### 6.1.4 Suun terveys

Suun terveyteen kohdistuneessa tutkimuksessa 71 % vastaajista (20–80-vuotiaita) raportoi suun terveydentilansa hyväksi. Vastaajista 35 %:lla ei ollut mitään suun terveyteen liittyviä ongelmia, kun taas 56 % raportoi fyysisestä kivusta, 39 % psykologisesta

epämukavuudesta ja 30 % psykologisesta vammasta. Koettu suun terveys oli vahvasti yhteydessä esiintyviin ongelmiin. Sen sijaan hammaslangan, -tikkujen tai suun huuhteluaineiden käyttö ei liittynyt suun terveysongelmiin. (Dahl 2011, 29.)

Tutkimuksen mukaan huonoin suun terveydentila oli nuoremmilla aikuisilla naisilla, joiden hammaslukumäärä oli vähäinen ja jotka kävivät epäsäännöllisesti hammaslääkärissä. Huomattavaa oli, että suun terveydentila oli positiivisesti yhteydessä koulutustason, mutta ei ikään. Tutkijan mukaan nuoremmilla aikuisilla saattoi olla korkeat odotukset siitä, minkälainen suun terveydentilan pitäisi olla kun taas vanhemmat ihmiset hyväksyvät terveydentilan useammin kuin se oli. (Dahl 2011, 29, 35–37).

### 6.1.5 Seksuaaliterveys

Martinussen, Kavlin, Træen ja Öberin (2007) tutkimuksen tarkoituksena oli analysoida parisuhteessa elävien norjalaisten vähentynyttä seksuaalista halua ja tunnistaa tekijöitä, jotka liittyvät seksuaalisen halun menetykseen. Suurin osa pareista (59 %) ei raportoinut seksuaalisen halun menetykseen liittyvän ahdistusta viimeisen vuoden aikana. Naispuolisista kumppaneista 26 % ja miespuolisista kumppaneista 8 % oli kokenut ahdistavia tunteita, mikä johti seksuaalisen halun menetykseen. Pariskunnista 8 % olivat molemmat osapuolet kokeneet ahdistusta. Halun menetyksen syyksi vastaajat ilmoittivat stressin, sairauden tai "muun" tekijän. Miehillä yleisimmät syyt seksuaalisen halun vähentymiseen olivat stressi (38 %), muu syy (19 %) tai sairaus (18 %). Syytä ei osannut nimetä 18 %. Miehistä 17 % vastasi, että halun väheneminen johtuu kommunikaation puutteesta, 4 % huonosta itsetunnosta ja 0,3 % seksuaalisen hyväksikäytön aiheuttamasta traumasta. Miehistä ne, jotka olivat kumppaniaan yli viisi vuotta vanhempia, nimesivät muita miehiä yleisimmin syyksi sairauden. Naisten yleisimpiä syitä seksuaalisen halun heikkenemiseen olivat stressi (40 %), jokin muu syy (30 %), sairaus (24 %), kommunikaation puute (15 %), huono itsetunto (12 %), seksuaalisen hyväksikäytön aiheuttama trauma (2 %). Syytä ei osannut nimetä 11 % naisista. Nuorempien naisten yleisin syy oli huonontunut itsetunto. (Martinussen, Kavli, Træen & Öber 2007, 310–313.)

Martinussen, Kavli, Træen ja Öber toteavat tutkimuksessaan, että miesten seksuaalisen halun väheneminen on enemmän yhteydessä biologiaan kuin naisten. Yksilöpsykologia, joka käsittää masennuksen, huonon itsetunnon, stressin, kontrollin menettämisen pelon, hyväksikäytön sekä väärän partnerin valinnan, oli yhtä yleinen tekijä

seksuaalisen halun vähenemiseen sekä miesten että naisten keskuudessa. Huomioitavaa oli, että psykologiset tekijät olivat yhteydessä biologisiin tekijöihin, kuten hormonaalisiin muutoksiin. Vastaajista ne, jotka raportoivat seksuaalisen halun menettämisestä, raportoivat myös ajattelevansa kumppanistaan negatiivisesti. Miehet saattoivat ajatella positiivisesti itsestään ja negatiivisesti partneristaan. Tämä saattoikin olla usein eron syy. (Martinussen ym. 2007, 316–318.)

Gravningen ja Træen tutkivat norjalaisten nuorten aikuisten suojautumista sukupuolitaudeilta sekä ei-toivotuilta raskauksilta. Lisäksi he selvittivät, missä määrin nuoret aikuiset ehkäisyvälineitä käyttivät ja missä niiden käyttöä esiintyi.

Useimmat vastaajista (41 %) kertoivat tavanneensa edelliset seksikumppaninsa ystäviensä tai perheensä kautta. Muita mahdollisia paikkoja tavata kumppani olivat koulu tai työpaikka (37 %), juhlat (18 %) ja ravintola-baari (15 %). Internetin kautta kumppaninsa oli tavannut 8 % ja ”jossain muussa paikassa” 9 % vastaajista. (Gravningen & Træen 2009, 199.)

Puolet vastaajista ei ollut käyttänyt kondomia ensimmäisessä seksuaalisessa kanssakäymisessä äskettäisen partnerinsa kanssa. Syitä tähän olivat keskinäinen luottamus sekä pelko epäilyn alaiseksi joutumisesta. Viimeiseksi mainittuun joukkoon kuului toisen partnerin ajatus siitä, että seksikumppani ajatteli hänellä olevan useita aiempia seksikumppaneita, välttävänsä kertomasta että hänellä on sukupuolitauti tai että ei ollut kiinnostunut suhteesta. Yleisimmät syyt viimeisempään yhdyntään olivat rakkaus (66 %) ja seksuaalinen kiihottuminen (78 %). Muita syitä olivat kumppanin halu (30 %), uteliaisuus ja jännitys (15 %), jokin muu syy (7 %), ja että ”se vain tapahtui (3 %). Kukaan vastaajista ei raportoinut joutuneensa painostetuksi. (Gravningen & Træen 2009, 200–201.)

Vastaajista 56 % ilmoitti käyttävänsä hormonaalista ehkäisyä ja 20 % käytti kondomia. Mitään ehkäisyvälinettä ei käyttänyt 29 % vastaajista. Hormonaalinen ehkäisy puolestaan oli yleisempi vakituisissa parisuhteissa olevilla. Tärkeimmät syyt olla käyttämättä kondomia olivat: ”muun ehkäisymenetelmän käyttö”, ”ei välitä sukupuolitaudeista”, ”miellyttävämpää ilman”, ”ei ollut mitään tarjolla” ja ”valmistautumaton yhdyntään”. Tärkeimmät syyt käytön puolesta olivat raskauden tai sukupuolitautien sekä HIV/AIDS välttäminen. (Gravningen & Træen 2009, 208.)

## 6.2 Norjalaisten nuorten aikuisten terveyteen vaikuttavat tekijät

Koettuun terveydentilaan vaikuttivat vahvasti yksilön sosioekonominen asema ja sosiaaliset verkostot. Gelen ja Harsløfin tutkimuksen mukaan terveyteen vaikuttavia tekijöitä olivat sosiaalinen pääoma (perhe, ystävät, aktiivisuus jossakin järjestössä tai seurassa, korkeakoulutetun henkilön tunteminen, esim. lääkäri.), työllisyys ja koulutus (toinen aste ja korkeakoulu). Esimerkiksi ne, jotka olivat usein yhteydessä perheeseensä, arvioivat terveydentilansa paremmaksi, kuin ne, jotka eivät pitäneet usein tai lainkaan yhteyttä. Terveydentila oli myös parempi niillä, joilla oli joku, johon turvautua vaikeassa tilanteessa. Työllistyminen ja koulutustason nouseminen vaikutti koettuun terveydentilaan myönteisesti. (Gele & Harsløf 2010, 4, 5.) Samoja tekijöitä esiintyi myös Eikemon, Huijtsn ja Skalickán (2010, 1968–1969) tutkimuksessa. Heidän mukaansa yksilön terveydentilaan vaikuttavat ikä, koulutus, ammatillisuus ja saadut tulot.

Terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttivat voimakkaasti ihmissuhteet. Esimerkiksi Fjærin tekemässä tutkimuksessa ilmeni, että ns. sosiaalisen juomisen tarkoituksena oli ajan vietto ystävien kanssa (Fjær 2012, 1004). Bakkenin, Gro Wenzelin ja Ørenin (2007) tutkimuksen mukaan perheen keskuudessa ilmenneet riidat uhkapelaamiseen, valehteluun ja rahankäyttöön liittyen heikensivät sekä henkistä että fyysistä terveyttä. Myös ihmissuhteiden katkeamista esiintyi. (Bakken ym. 2007)

Riippuvuutta esiintyi myös Bakkenin, Götestamin, Johanssonin, Wenzelin ja Ørenin tutkimuksessa, jossa ilmeni aikuisista 1 % olevan Internet- riippuvaisia. Riskitekijöitä tähän olivat miessukupuoli, huono taloudellinen tilanne ja korkeakoulussa opiskelu. Internet-riippuvaiset myös raportoivat muita enemmän kärsivänsä nukahtamisvaikeuksista, masennuksesta, ahdistuksesta ylipainosta, alkoholin ja päihteiden käytöstä. Myös itsemurhayrityksiä esiintyi. (Bakken ym. 2007, 125–127.)

Suun terveyteen ja siten koko kehon hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä olivat paitsi suun hygieniasta huolehtiminen, myös yksilön kokemukset hammaslääkärissä käymisestä sekä yksilön koulutustaso (Dahl 2011, 29, 35–37). Sen sijaan seksuaaliterveyteen liittyi olennaisesti parisuhteen laatu, keskinäinen luottamus, psyykkinen hyvinvointi, seksuaalinen halukkuus ja ehkäisystä huolehtiminen. (Martinussen ym. 2007, 310–313; Gravningen & Træen 2009, 200–201, 208.)

Alla olevassa taulukossa on esitetty induktiivisen sisällönanalyysin mukaisesti tutkimuskysymykseen ”Millaiset tekijät vaikuttavat norjalaisten nuorten aikuisten terveyteen?” -vaikuttavia tekijöitä.

Taulukko 8. Nuorten aikuisten terveyteen vaikuttavat tekijät

<b>Tutkimusten aiheet</b>	<b>Terveyteen vaikuttavat tekijät</b>
Itsearvioitu terveydentila	Ikä Opiskelu Koulutus Ammatillisuus Työ Ihmissuhteet Epätasa-arvo Tulot
Alkoholin käyttö	Alkoholi Humalajuominen Juhliminen Ystävät Hetkellisyys Puhuminen
Media ja Internet	Uhkapelaaminen Rahan käyttö Valehtelu Ihmissuhteiden katkeaminen Huono taloudellinen tilanne Uniongelmat Masennus
Suun terveys	Kipu Epämukavuus Vamma Hammaslangan-tikkujen ja suun huuhteluaineiden käyttö
Seksuaaliterveys	Ahdistus Stressi Sairaus Kommunikaation puute Huono itsetunto Hyväksikäyttö Kontrollin menettämisen tunne Väärä kumppani

	Seksuaalisen halun väheneminen
	Kondomi
	Hormonaalinen ehkäisy
	Rakkaus
	Kiihottuminen
	Luottamus
	Pelko
	Sukupuolitauti

### 6.3 Suomalaisten ja norjalaisten nuorten aikuisten terveystutkimusten vertailua

#### 6.3.1 Terveystila

Suomessa on vuodesta 2000 toteutettu korkeakoulua käyville alle 35-vuotiaille opiskelijoille terveystutkimusta. Tämä tutkimus osoitti valtaosalla opiskelijoista olevan jokin usein esiintyvä tai pysyvä sairaus tai vamma, oli vaatinut hoitoa kuluneen vuoden aikana. Täysin vailla terveysongelmia oli 40 % opiskelijoista. Myös sukupuolittainen ero oli huomattava. Miehistä 52 % vastasi, ettei ole mitään tällaista vikaa, mutta naisista vain 33 % vastasi näin. (Kunttu & Huttunen 2009, 30, 43.) Norjalaisten nuorten aikuisten kokemaa terveystilaa puolestaan tutkineet Gele ja Harsløf (2010, 4.) toetavat, että yleisesti terveystila koettiin hyväksi. Tutkimukseen vastanneista 18–24-vuotiaista nuorista aikuisista 88,1 % arvioi terveystilansa oleva hyvä. Vanhemmalla ikäluokalla (25–39-vuotiaat) hyväksi terveystilansa arvioi 84,7 %, mikä on hieman nuorempaa ikäluokkaa alhaisempi. Koetun terveystilan erot vaihtelivat sosiaalisen aseman mukaan. Esimerkiksi työssäkäyvät arvioivat terveystilansa paremmaksi kuin työttömät ja korkeakoulussa opiskelleet paremmaksi kuin toisen asteen koulutuksen saaneet. Tämä ilmeni myös Eikemon, Huijtsin ja Skalickán (2010, 1968–1969) tutkimuksesta.

Tutkimusten mukaan terveystila koetaan Norjassa paremmaksi kuin Suomessa. Kun norjalaisista nuorista aikuisista yli 80 % arvioi terveystilansa hyväksi, raportoi suomalaisista samanikäisistä 60 % kärsivänsä jostakin pitkäaikaisesta sairaudesta. Yhteistä nuorten aikuisten terveystutkimuksissa on kuitenkin se, että terveystilan koetaan heikkenevän iän myötä. (Kunttu & Huttunen 2009, 30, 43; Gele & Harsløf 2010, 4.) Myös suun terveysongelmia sekä norjalaiset että suomalaiset raportoivat olevan ai-

empaa vähemmän (Kunttu & Huttunen 2009, 43–44; Statistical yearbook of Norway, 137).

### 6.3.2 Mielenterveys

Mielenterveysseulan mukaan yleisimpiä ongelmia suomalaisilla nuorilla aikuisilla olivat jatkuvan ylläpitoisuuden kokeminen (39 %), itsensä kokeminen onnettomaksi ja masentuneeksi (30 %), tehtäviin keskittyminen (26 %) sekä huolien takia valvominen (25 %). Runsasta stressiä raportoi kokevansa 27 % vastaajista. (Kunttu & Huttunen 2009, 49.) Sen sijaan itsemurhien määrä on nuorten aikuisten kohdalla pysynyt lähes muuttumattomana.

Norjalaisen mielenterveystoimiston mukaan joka viides työikäinen kärsii jonkinlaisesta mielenterveysongelmasta (Rådet for psykisk helse, 2009). Yleistyneiden mielenterveysongelmien lisäksi nuorten aikuisten itsemurhat ovat yleistyneet, etenkin miesten kohdalla. Itsemurha onkin yleisin nuorten aikuisten ulkoinen kuolinsyy. (Statistical Yearbook of Norway 2011, 134–135.) Myös Suomessa miehet tekevät itsemurhan huomattavasti useammin kuin naiset: kaksi kolmasosaa itsemurhan tehneistä on miehiä. (Itsemurhien määrä pienin yli 40 vuoteen 2011).

### 6.3.3 Seksuaaliterveys

Gravningen ja Træen tutkivat norjalaisten nuorten aikuisten suojaantumista sukupuolitaudeilta sekä ei-toivotuilta raskauksilta. Lisäksi he selvittivät, missä määrin nuoret aikuiset ehkäisyvälineitä käyttivät ja missä niiden käyttöä esiintyi. Puolet vastaajista ei ollut käyttänyt kondomia ensimmäisessä seksuaalisessa kanssakäymisessä äskettäisen partnerinsa kanssa. Syitä tähän olivat keskinäinen luottamus sekä pelko epäilyn alaiseksi joutumisesta. Kondomia oli käyttänyt vain 20 % vastaajista, kun taas 56 % ilmoitti käyttävänsä hormonaalista ehkäisyä. Vastaajista 29 % niistä, joilla oli tilapäinen kumppani, ei käyttänyt mitään ehkäisyvälinettä. Sen sijaan hormonaalinen ehkäisy oli yleisempi vakituisissa parisuhteissa olevilla. (Gravningen & Træen 2009, 200–201, 208.)

Ehkäisymenetelmistä kysyttäessä neljännes suomalaisista vastaajista ei ollut käyttänyt mitään ehkäisymenetelmää viimeisen kuukauden aikana. Hormonaalista ehkäisyä oli käyttänyt hieman yli puolet naisista ja vajaa puolet miehistä. Miehistä 39 %: lla oli ol-

lut kondomi käytössä, naisista 31 %: lla. Aiempaan terveystutkimukseen verrattuna jälkiehkäisyyn käyttö on yleistynyt, kun taas raskauden keskeytyksen kokeneita on saman verran. (Kunttu & Huttunen 2009, 52.)

Tutkimusten perusteella voidaan päätellä suomalaisten nuorten aikuisten olevan hie-  
man huolellisempia ehkäisyvälineiden käytössä kuin norjalaisten. Vaikka hormonaali-  
nen ehkäisy on ehkäisyvälineenä lähes yhtä yleinen ehkäisymenetelmä molemmissa  
maissa, raportoivat suomalaiset nuoret aikuiset myös enemmän kondomin käytöstä  
kuin samanikäiset norjalaiset. Tilastojen mukaan Norjassa onkin Euroopan kolman-  
neksi eniten alle 20-vuotiaita äitejä. Suurin osa nuorten raskauksista johtaa kuitenkin  
aborttiin, mikä asettaa uuden haasteen Norjan terveydenhuollolle. (The European Ob-  
servatory on Health Care Systems 2000, 4.)

Pohjoismaissa tehtiin vuonna 2011 n. 80 500 raskaudenkeskeytystä, mikä on 13,9  
keskeytystä tuhatta hedelmällisyysikäistä (15–49-vuotiaista) naista kohti. Suomessa  
raskaudenkeskeytyksiä oli huomattavasti vähemmän kuin Norjassa. Kuitenkin mo-  
lemmissa maissa suhteellisesti eniten keskeytyksiä tehtiin 20–24-vuotiaille nuorille  
aikuisille. (Pohjoismaiset raskaudenkeskeytykset 2011.)

#### 6.3.4 Liikunta

Liikunnan merkitystä tarkastellessa norjalaisista nuorista miehistä ja naisista enem-  
mistö raportoi kuuluvansa johonkin urheiluseuraan ja harrastavansa liikuntaa säännöl-  
lisesti. Myös yhdistystoiminta oli suosittua. (Statistical Yearbook of Norway 2011,  
225.) Suomalaisen opiskelijakyselyn mukaan vastaajista 36 % harrasti liikuntaa 2-3  
kertaa viikossa, 24 % harrasti neljä kertaa viikossa ja joka kymmenes opiskelija ei har-  
rastanut lainkaan kuntoliikuntaa. Hyötyliikunnan saamisesta vähintään puoli tuntia  
päivässä taas raportoi 40 % vastaajista. (Kunttu & Huttunen 2009, 55–57.) Sen sijaan  
työikäisille suunnatussa kyselyssä vuodelta 2011 vapaa-ajan liikuntaa vähintään kol-  
me kertaa viikossa ilmoitti harrastavansa yli 50 % vastaajista. Sekä miehistä että nai-  
sista lähes 30 % puolestaan kertoi harrastavansa vapaa-ajan liikuntaa vähintään neljää  
kertaa viikossa. (Helakorpi ym. 2011, 19.)

Tutkimusten mukaan liikunnan merkitys elämänlaatua parantavana tekijänä on korkea  
sekä Suomessa että Norjassa. Suomalaisen opetus- ja kulttuuriministeriön julkaiseman  
kirjallisuuskatsauksen mukaan eniten liikuntaa harrastetaan Irlannin ohella Pohjois-



maissa. Sekä Norjassa että Suomessa erilaiset joukkuelajit ovat suosittuja, joskin norjalaiset harrastavat suomalaisia nuoria aikuisia hieman enemmän kuntoliikuntaa. (Husu, Paronen, Suni & Vasankari 2011, 50–52.)

### 6.3.5 Ylipaino

Ylipainoisten osuus on Suomessa kasvanut pitkällä aikavälillä. Vuonna 2011 itse ilmoittamiensa pituus- ja painotietojen avulla arvioituna miehistä 60 % ja naisista 44 % oli ylipainoisia (BMI eli body mass index > 25 kg/m<sup>2</sup>). Vuonna 2010 vastaavat osuudet olivat 58 % (miehet) ja 43 % (naiset). Laihdutusta edellisen vuoden aikana oli yrittänyt miehistä 23 % ja naisista 38 %. (Helakorpi, Holstila, Virtanen & Uutela 2011, 21.)

Suomalaisista opiskelijoista 37 % miehistä ja 20 % naisista oli ylipainoisia (BMI 25 kg/m<sup>2</sup> tai yli). Merkittävää ylipainoa miehistä oli 7 %:lla ja naisista 5 %:lla. Alipainoisia oli 9 % naisista ja vain 2 % miehistä. Tutkimuksessa huomattiin ylipainoisuuden nousevan nopeasti ikäryhmien myötä. Kun suomalaisista nuorimman ikäluokan miehistä ylipainoisia oli 28 %, oli heitä vanhimmassa ikäluokassa jo lähes puolet. (Kunttu & Huttunen 2009, 53–55.)

Myös Norjassa painoindeksi on noussut muutaman vuoden aikana huomattavasti. Kun vuonna 2005 ikävuosilta 16–44 BMI 27 tai sen yli oli 14 % naisista ja 25 % miehistä, olivat luvut vuonna 2008 naisilla 18 ja miehillä 28. Painoindeksin kasvu heijastaa molemmissa maissa myös diabeteksen sekä sydän- ja verisuonisairauksien yleistymistä. Tilastojen mukaan nuoria aikuisia menehtyy ulkoisten kuolinsyiden lisäksi eniten joko syöpään tai sydän- ja verisuonisairauksiin. (Statistical Yearbook of Norway 2011, 127; Kuolemansyytilasto 2011.)

### 6.3.6 Päähteet

Vaikka tupakointi on vähentynyt viime vuosina suomalaisilla työikäisillä miehillä ja naisilla, kulutettiin tupakkatuotteita vuonna 2011 hiukan enemmän kuin vuonna 2010 (Tupakkatilasto 2011). Nuorista (15–24-vuotiaat) miehistä 12 % ja naisista 14 % tupakoi päivittäin. Satunnaista tupakointia esiintyy 6 % nuorilla miehillä ja 10 % naisilla. Huolissaan tupakoinnin vaikutuksesta omaan terveyteensä oli päivittäin tupakoivista miehistä 77 % ja naisista 81 %. (Helakorpi ym. 2011, 12–13.)

Vuonna 2010 norjalaisista nuorista aikuisista, iältään 16–24-vuotiaista tupakoi 12 %, naiset miehiä enemmän. Satunnaisesti tupakoivia samasta ikäryhmästä oli 14 %, joista miehiä oli 17 % ja naisia 10 %. Tupakointi onkin laskenut hintojen nousun myötä sekä tupakoimattomien tilojen yleistyttyä, joka on johtanut nuuskan käytön lisääntymiseen. (Statistical Yearbook of Norway 2011, 127.)

Sekä Suomessa että Norjassa tupakkaa poltetaan lähes yhtä paljon, molemmissa maissa naiset miehiä yleisemmin. Kuitenkin satunnaisten tupakoitsijoiden sekä nuuskan käyttäjien määrä on Norjassa suurempi kuin Suomessa.

Huumekekeilut ja huumeiden käyttötaso ovat lisääntyneet Suomessa. Uusimmat tiedot osoittavat kokeilujen lisääntyneen erityisesti 25–34-vuotiaiden ikäluokassa. Vuoden 2010 tietojen mukaan noin 17 % suomalaisista 15–69-vuotiaista ilmoitti kokeilleensa joskus kannabista, jossa miesten osuus kokeilleista oli hieman naisia suurempi. Eniten käyttöä oli 15–34-vuotiaiden ikäryhmässä. (Varjonen, Tanhua, Forsell & Perälä 2012, 36) Tämä ilmenee myös opiskelijoiden terveystutkimuksessa, jossa jotakin huumetta oli kokeillut tai käyttänyt 23 % vastaajista. (Kunttu & Huttunen 2009, 63, 69.) Sen sijaan norjalaisten nuorten lievien huumeiden käyttäjämäärä on puolittunut 15–20-vuotiaiden keskuudessa vuosituhaten vaihtumisen jälkeen. Tämä käy ilmi Norjan valtion huumeidenkäyttöä tutkivan instituutti Siruksen selvityksestä. (Huumeet eivät enää houkuttele Norjassa 2009.)

Alkoholijuomien kokonaiskulutus Suomessa vuonna 2011 oli 12,27 litraa 100 prosenttisena alkoholina asukasta kohti. Alkoholinkulutus on lisääntynyt n. 2 litralla. (Alcohol in the European Union 2012, 11–15; Alkoholijuomien kulutus 2011.) Norjassa kulutus puolestaan samana vuonna oli 8,30 litraa henkeä kohden. Vaikka norjalaisten kulutus on suomalaisten alkoholinkäyttöön verrattuna vähäisempi, on sielläkin alkoholinkäyttö lisääntynyt huomattavasti vuodesta 2006. Tällöin kulutus oli 6,6 litraa asukasta kohti. (Norwegian Directorate of Health 2009, 9-10.)

Koska alkoholinkulutus on molemmissa maissa korkeaa, pyrkii yhteiskunta laskemaan kulutuksen määrää nostamalla alkoholin hintaa ja verotusta. WHO:n tekemän tutkimuksen mukaan suomalaisten alkoholin kulutuksen määrä sijoittuu Euroopan keskitasolle. Vuoden 2011 alkoholinkulutus EU:n jäsen- ja hakijamaissa sekä Norjassa ja Sveitsissä Suomi oli sijalla 21, kun Norja puolestaan oli pienemmällä kulutuksellaan

sijalla 29. Euroopan keskiarvo oli 12,45 litraa henkeä kohden. (Alcohol in the European Union 2012, 11–15.)

### 6.3.7 Internetin käyttö ja pelaaminen

Peliriippuvuudesta kysyttäessä 8–9 % suomalaisista miehistä ja 2 % naisista vastasi käyttäytyvänsä peliriippuvuuteen viittaavasti (Kunttu & Huttunen 2009, 70). Suomalaisiin verrattuna norjalaisilla esiintyy hieman vähemmän peliriippuvuutta. Bakkenin, Gro Wenzelin ja Ørenin tekemässä tutkimuksessa 2 % norjalaisista tutkimukseen osallistuneista ilmoitti havainneensa uhkapelien käyttöön viittaavaa käytöstä läheisellään (Bakken ym. 2007).

Internetiä käyttävät lähes kaikki norjalaiset (99,4 % ) 16–29-vuotiaat nuoret aikuiset. Heistä valtaosa arvioi terveydentilansa hyväksi. Kuitenkin kaikista tutkimukseen vastanneista (16–74-vuotiaat) 1 %:lla esiintyi Internet-riippuvuutta, eniten nuorilla miehillä. Bakkenin, Götestamin, Johanssonin, Wenzelin ja Ørenin tutkimuksen mukaan Internet-riippuvuus oli yhteydessä sukupuolen ja ikään. Iän ja miessukupuolen lisäksi riskitekijöitä olivat huono taloudellinen tilanne ja korkeakoulussa opiskelu. (Bakken ym. 2007, 123–125.) Suomalaisen samanikäisten kohdalla 42 % raportoi ainakin melko usein olleensa Internetissä pitempään kuin alun perin oli ajatellut. Internetissä käytetyn ajan arveli haittaavan opiskelua viidesosa miehistä ja 14 % naisista. (Kunttu & Huttunen 2009, 70.)

Norjassa Internet-riippuvuus on vähäisempää kuin Suomessa. Kuitenkin yhtä yleistä on Internetin haitallinen vaikutus vuorokausirytmiiin, sillä molemmissa maissa Internetin liiallisen käytön raportoitiin aiheuttavan uniongelmiä ja masennusta.

### 6.3.8 Opiskelu ja työelämä

Norjassa ammattikorkeakoulussa opiskelevista enemmistö on miehiä, kun taas yliopistossa opiskelee enemmän naisia. Norjassa naiset suorittavatkin miehiä useammin korkeakoulututkinnon. (Statistical Yearbook of Norway 2011, 174–175, 182.)

Suomalaisille opiskelijoille suunnatun kyselyn mukaan opiskelijoista 47 % arvioi tulevaisuutensa taloudellisesti toimeen hyvin tai erittäin hyvin, mutta 14 % arvioi toimeentulonsa erittäin niukaksi ja epävarmaksi. Kaksi kolmesta opiskelijasta oli tehnyt koko-

päivätöitä viimeksi kuluneen vuoden aikana ja n. 40 % oli tehnyt säännöllistä osapäivätyötä. Myös alle kuukauden kestoiset työjaksot olivat opiskelijoilla tavallisia. Huomioiden kaikki työssäkäynnin muodot oli 58 %:lla vastaajista työ liittynyt opiskeluun. (Kunttu & Huttunen 2009, 76–78.) Työikäisistä norjalaisista (15–64 vuotiaista) puolestaan 79 %:lla oli työpaikka vuonna 2009. Iältään 20–29 vuotta suurin osa oli töissä joko vakituudessa paikassa tai teki töitä opintojensa ohella. Naisten osuus oli 74,5 % ja miesten 77,5 %. Molemmissa maissa opiskelijoiden työssä käyminen opintojen ohella oli yleistä. Norjassa työttömyysprosentti 20–24-vuotiailla vuonna 2009 oli 7,5 %, kun koko väestön osuus vuonna 2010 oli 3,5 %. (Statistical Yearbook of Norway 2011, 204, 213.) Suomessa kaikista työikäisistä työttömyysprosentti vuonna 2011 oli niin ikään samaa tasoa, miehillä 3,3 % ja naisilla 2,8 % (Työssäkäyntitilasto, 2011).

### 6.3.9 Ihmissuhteet

Suomalaisista opiskelijoista kahdella kolmesta oli vakituinen parisuhde. Avo- tai avio-liitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa eli tai oli elänyt yhden kerran 45 % opiskelijoista, kaksi kertaa 9 % ja 2 % tätä useammin. (Kunttu & Huttunen 2009, 78–80.) Norjalaisen tilastokeskuksen mukaan 20–24-vuotiaista nuorista aikuisista 4 % oli naimisissa, kun taas 25–29-vuotiaista 19,6 % oli naimisissa. Rekisteröityjä parisuhteita kummassakin ikäluokassa oli hyvin vähäistä. (Statistical Yearbook of Norway 2011, 92.) Näiden tilastojen perusteella parisuhteessa eläminen sekä norjalaisilla että suomalaisilla on yhtä yleistä.

Läheiset ihmissuhteet ja erilaiset sosiaaliset verkostot vaikuttavat huomattavasti terveydentilaan. Norjalaisessa tutkimuksessa vastaajista ne ihmiset, joilla oli joku, jolle puhua, ilmoittivat terveydentilansa olevan parempi kuin niillä, jotka eivät ongelmistaan puhuneet. Tämä käy ilmi myös suomalaisille opiskelijoille suunnatussa tutkimuksessa. (Kunttu & Huttunen 2009, 78, 80.) Lisäksi molemmissa maissa aktiivisuus jossakin järjestössä tai seurassa vaikutti terveydentilaan myönteisesti. (Gele & Harsløf 2010, 5; Kunttu & Huttunen 2009, 78–80.)

## 7 POHDINTA

### 7.1 Tulosten tarkastelu

Tässä systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa nousi selkeästi esille, että kokemus elämänhallinnasta sekä omien voimien ja kykyjen riittävyydestä ovat tärkeitä hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä. Näiden lisäksi koettuun terveydentilaan vaikuttavat yksilön koulutus, ammatillisuus ja sosiaalinen pääoma, kuten perhe, ystävät, aktiivisuus jossakin järjestössä tai seurassa sekä korkeakoulutetun henkilön tunteminen. Gelen ja Harsløfin (2010, 4) mukaan norjalaisten aikuisten sosioekonomisuus ja koettu terveydentila ovat yhteydessä sosiaaliseen verkostoon. Tutkimukseen vastanneista 18–24-vuotiaista nuorista aikuisista 88,1 % arvioi terveydentilansa hyväksi. Erot terveydentilassa kuitenkin vaihtelevat sosiaalisen aseman mukaan. Esimerkiksi työssäkäyvät arvioivat terveydentilansa paremmaksi kuin työttömät ja korkeakoulussa opiskelleet paremmaksi kuin toisen asteen koulutuksen saaneet. Terveyseroihin vaikuttavat suuresti tulot sekä Suomessa että Norjassa (Eikemo ym. 2010, 1968–1969.) Tämä puolestaan uhkaa hyvinvointia, ja vaikuttaa sitä kautta ihmisten väliseen luottamukseen, koettuun hyvinvoinnin tasoon, lapsikuolleisuuteen, terveyteen, elinajan-odotteeseen, sosiaaliseen liikkuvuuteen, oppimistuloksiin sekä henkirikosten ja vankilukujen määrään (Virtanen 2012).

Lisäksi koettuun terveydentilaan vaikuttavat henkilön asenteet ja tieto. Tämä tulee esille norjalaisessa tutkimuksessa, jossa ehkäisymenetelmät koettiin luonnollisiksi ja hyväksytyiksi menetelmiksi raskauden ja sukupuolitautilien ehkäisyssä. Silti kondomia ensimmäisessä yhdynnässä oli käyttänyt vain puolet tutkimukseen vastanneista. Syyksi kondomin käyttämättä jättämiseen oli usein keskinäinen luottamus sekä pelko epäilynalaiseksi joutumisesta. (Gravningen & Træen 2009, 200–201, 208.) Sen sijaan suomalaisista nuorista aikuisista noin neljännes ei ollut käyttänyt mitään ehkäisymenetelmää viimeisen kuukauden aikana (Kunttu & Huttunen 2009, 52).

Tutkimusten perusteella voidaan päätellä suomalaisten nuorten aikuisten olevan hie-  
man huolellisempia ehkäisyvälineiden käytössä kuin norjalaiset. Vaikka hormonaalinen ehkäisy on ehkäisyvälineenä lähes yhtä yleinen ehkäisymenetelmä molemmissa maissa, raportoivat suomalaiset nuoret aikuiset myös enemmän kondomin käytöstä kuin norjalaiset. Norjalaiset ovat kuitenkin melko myönteisiä ehkäisyvälineiden käytön suhteen ja tietävät suojaamattoman seksin vaaroista. Ennaltaehkäisevän tervey-

denhuollon näkökulmasta erilaisten kampanjoiden järjestäminen seksuaaliterveyden puolesta esimerkiksi julkisten tapahtumien yhteydessä olisi toimiva keino antaa tietoa nuorille aikuisille. (Gravningen & Træen 2009, 210.)

Sen sijaan terveydentilaa saattavat heikentävää psyykkiset ongelmat, sosiaalisen verkoston puuttuminen sekä riippuvuutta aiheuttavat tekijät, kuten päihteet ja uhkapelit. Suomalaisista nuorista aikuisista 8–9 % miehistä ja 2 % naisista vastasi käyttäytyvänsä peliriippuvuuteen viittaavasti, kun taas norjalaisista samanikäisistä vain 2 % vastasi havainneensa uhkapeliriippuvuutta läheisellään. (Kunttu & Huttunen 2009, 70; Bakken ym. 2007). Suomalaisiin verrattuna norjalaisilla esiintyy hieman vähemmän peliriippuvuutta. Myös Internet-riippuvuutta raportoitiin Norjassa vähemmän kuin Suomessa. Kuitenkin riskitekijät riippuvuuteen olivat yhteisiä; miessukupuoli, ikä huono taloudellinen tilanne ja korkeakoulussa opiskelu. (Bakken ym. 2007, 123–125; Kunttu & Huttunen 2009, 70.)

Syyksi ongelmakäyttöön esitettiin Internetin kokeminen eräänlaisena pakotienä huonosta tilanteesta poispääsemiseksi. Psyykkiset vammat saattavatkin altistaa käyttämään Internetiä keinona ongelmien helpottamiseen ja sitä kautta aiheuttaa riskejä ongelmalliseen Internetin käyttöön. Internetin ongelmallinen käyttö ei siis suoranaisesti aiheuta psykologisia ongelmia, vaan on pikemminkin niiden seuraus. (Bakken ym. 2007, 123–125, 127.)

Mikäli koettuun terveydentilaan haluttaisiin myönteisesti vaikuttaa, tulisi yksilön voimavarat ottaa huomioon. Ne voivat olla sekä yksilöstä että ympäristöstä riippuvaisia. Tässä kirjallisuuskatsauksessa enemmistölle voimavaroja tuottavia asioita olivat ihmissuhteet ja seksuaalisuus. (Kunttu & Huttunen 2009, 49.) Niihin positiivisesti vaikuttamalla edistettäisiin yksilön terveyttä ja hyvinvointia sekä suojattaisiin stressitekijöiden haitallisilta vaikutuksilta.

## 7.2 Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden arviointia

Kirjallisuuteen pohjautuvan katsauksen luotettavuuden analysointi perustuu ilmiön kuvaamiseen, analysointiprosessin vaiheisiin, niissä tehtyihin päätöksiin sekä raportointiin. Tuloksia tarkastellessa tulisi kiinnittää huomiota tutkimusten laatuun ja yhtenäisyyteen, mahdollisiin sattumanvaraisiin seikkoihin ja tulosten käyttökelpoisuuteen. (Komulainen 2008, 24.)

Tähän opinnäytetyöhön mukaan hyväksytyt tutkimukset valittiin sisäänottokriteerien perusteella. Valintakriteerien avulla pyrittiin sulkemaan analyysin ulkopuolelle tutkimuskysymyksiin vastaamaton aineisto. Alkuperäisaineistoon hyväksyttiin vain sellaiset tutkimukset, jotka kertoivat nuorten aikuisten terveydestä tietyllä ajanjaksolla, vuosina 2000–2012. Ajanjakson oli oltava sopivan pitkä tutkimustulosten kattavuuden takia.

Kaikki mukaan valitut tutkimukset ovat tieteellisiä artikkeleita, ja ne on julkaistu tieteellisissä lehdissä. Lisäksi luotettavuutta on pyritty lisäämään minimoimalla sattumanvaraisuutta lähdemateriaalin haku- ja valintaprosessin tarkan kuvauksen avulla. Prosessi on mahdollista toistaa selkeiden taulukoiden avulla. Myös käytetyt tietokannat on kuvattu tarkasti.

Tutkimusten tulokset on raportoitu analyysirungon mukaisesti. Lisäksi toisen tutkimuskysymyksen tuloksiin on liitetty taulukko, joka kuvaa tiivistetysti aineiston sisältöä. Taulukko on laadittu induktiivisen sisällönanalyysin mukaisesti ryhmittelemällä aineistosta esiin nousseista tekijöistä erilaisia kategorioita. Tulokset kuvaavat kategorioiden sisältöä, kun taas sisältöä kuvataan alakategorioiden ja pelkistettyjen ilmaisu-  
jen avulla. (Kyngäs & Vanhanen 1990, 10.)

Tutkimustiedon laatua arvioitaessa kiinnitetään huomio siihen, miten luotettavaa tutkimuksen antama tieto on sekä tutkimustulosten tulkintaan ja kliniseen merkitykseen. Laadun arvioinnilla on pyritty parantamaan validiteettia. (Hannula & Kaunonen 2006.) Tässä opinnäytetyössä tulokset on kirjoitettu deduktiivisen sisällönanalyysin mukaisesti. Raportointia ja kirjallisuuskatsauksen kulkua puolestaan on havainnollistettu erilaisilla taulukoilla ja kuvilla.

Luotettavuutta puolestaan heikentää se, että systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tehty ilman toista arvioijaa. Valikoitumisharhan välttämiseksi alkuperäistutkimusten valinnan tulisi tapahtua kahden arvioijan toimesta itsenäisesti ja toisistaan riippumattomasti. (Kyngäs & Utriainen 2008, 40.)

Toinen luotettavuuteen vaikuttava tekijä on aineiston ja alkuperäistutkimusten kieli. Materiaalia nuorten norjalaisten terveydestä oli saatavissa ainoastaan norjaksi ja englanniksi, ei suomeksi. Tämän takia aineiston kääntäminen vaati paljon aikaa. Myös ai-

noastaan nuorista aikuisista kertovia tutkimuksia oli vaikea löytää. Tämä kavensi hie-  
man terveys-aiheen laajuutta.

### 7.3 Sisällönanalyysin luotettavuus

Sisällönanalyysin luotettavuuden kannalta on tärkeää, että tutkija pystyy osoittamaan yhteyden aineiston ja tulosten välillä. Lisäksi analyysissä muodostettujen kategorioiden on oltava yhteydessä sekä aineistoon että luotuun käsitejärjestelmään. Kategoriat yhdistävät aineistoa ja mahdollistavat siten abstrahoinnin sekä tutkittavan ilmiön käsitteellistämisen. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10.) Tässä työssä sisällönanalyysistä käy selvästi ilmi kategorioiden yhteys aineistoon. Analyysissä on käytetty valmista viitekehystä, joka perustuu aiempiin terveydestä julkaistuihin tutkimuksiin. Tämän perusteella on laadittu analyysirunko, johon on etsitty sisällöllisesti sopivia osia aineistosta. (Ks. Kyngäs & Vanhanen 1999, 7.)

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa myös se, kuinka aineiston abstrahointi on tapahtunut. Aineisto voi olla kokonaan abstrahoimaton tai sitten aineiston kategorioihin on yhdistetty liian paljon erilaisia asioita. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 11.) Tässä opinnäytetyössä aineistoa on abstrahoitu toisen tutkimuskysymyksen kohdalla muodostamalla ensin pelkistettyjä ilmauksia ja myöhemmin kuvattu tutkimuskohdetta yläkäsitteiden avulla. Tämä on kuvattu liitteessä kolme.

Teorian merkitys analyysin ohjaajana liittyy metodologiaan siten, että tutkimuksessa julkaistut metodologiset sitoumukset ohjaavat analyysiä. Aikaisemmilla ilmiöstä tutkituilla havainnoilla, tiedoilla tai teorialla ei siis pitäisi olla mitään tekemistä analyysin toteuttamisen tai lopputuloksen kanssa analyysin aineistolähtöisyyden takia. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 95.)

Kaikkiaan aineistolähtöistä tutkimusta on vaikea toteuttaa sen vuoksi, että ajatus havaintojen teoriapitoisuudesta on yleisesti hyväksytty periaate. Taustalla on käsitys siitä, että ei ole olemassa pelkästään objektiivisia havaintoja, vaan jo käytetyt käsitteet, tutkimusasetelma ja menetelmät ovat tutkijan itsensä asettamia ja vaikuttavat siten tuloksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 96.) Asianmukaisesti ja huolellisesti käytettynä voidaan sisällönanalyysillä tuottaa uutta tietoa. Tämä edellyttää kuitenkin aineistoon paneutumista. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 11.)



## 7.4 Tutkimuksen eettisyys

Tieteellisen tutkimuksen eettisen hyväksyttävyyden ja luotettavuuden edellytys on, että tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön (good scientific practise) edellyttämällä tavalla. Tutkimuksessa on noudatettava tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja, joita ovat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä niiden arvioinnissa. Lisäksi tutkimuksessa tulee soveltaa tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä sekä toteuttaa tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta tuloksia julkaistaessa. Myös muiden tutkijoiden työtä tulee huomioida asianmukaisella tavalla ja antaa arvoa heidän saavutuksilleen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Eettisyyttä lisää tutkimuksen suunnittelu, toteutus, raportointi ja tallentaminen tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti. Tutkimusryhmän jäsenten asema ja oikeudet, vastuut ja velvollisuudet sekä aineiston omistajuus ja säilyttäminen tulee puolestaan määritellä ja kirjata osapuolten hyväksymällä tavalla ennen tutkimuksen aloittamista tai tutkijan rekrytoimista ryhmään. On myös noudatettava hyvää hallintokäytäntöä sekä otettava huomioon tietosuojaa koskevat kysymykset. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Korkeakoulujen ja tutkimuslaitosten tulee huolehtia hyvään tieteelliseen käytäntöön perehdytyksestä tutkimus-etiikan opetuksen kuulumisesta koulutusohjelmaan. Vastuu hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta kuuluu koko tiedeyhteisölle. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Tässä opinnäytetyössä keskeistä on tuoda esille katsauksen tarkoitus ja sen perustelu sekä aineiston hankinnan, analyysin ja raportoinnin systemaattisuuteen perustuva raportointi. Tästä näkökulmasta kirjallisuuskatsaus on eettisesti perusteltu. (Komulainen 2008, 24.) Eettisyyttä lisää myös hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen, tutkimuksen etenemisen tarkka kirjaaminen sekä ohjeenmukaisten lähde- ja viittauskäytäntöjen noudattaminen ja plagioinnin ja muun epärehellisyyden välttäminen.

## 7.5 Hyödynnettävyys ja johtopäätökset

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus huolellisesti tehtynä soveltuu hyvin terveyteen liittyvien tutkimusten tarkasteluun. Sen avulla voidaan osoittaa aikaisemman tutkimustiedon näyttö sekä ne puutteet, joihin tarvitaan lisätutkimusta.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on ollut saada kokonaiskuva norjalaisten nuorten terveydentilasta, ja verrata sitä samanikäisten suomalaisten nuorten terveystilanteeseen. Tuloksia voidaan käyttää sekä norjalaisten että suomalaisten terveydentilan parantamiseen. Lisäksi tulokset antavat hyvää taustatietoa nuorten aikuisten terveyteen liittyvissä tuen muotojen kehittämisessä sekä kehitysideoita terveyden edistämiseen.

Hoitotieteen näkökulmasta pohjoismaisten nuorten aikuisten terveydentilan tarkastelu auttaa sosiaali- ja terveysalan ammattilaisia kohtaamaan monikulttuurisia asiakkaita, joiden kanssa tarvitaan ennakkoluulottomuutta, ymmärrystä sekä vuorovaikutus- ja työyhteisövalmiuksia. Jatkotutkimuksia tarvitaan monikulttuurisen hoitotyön toteuttamisen kehittämiseksi, sillä valitettavan usein ilmenee vieraasta kulttuurista tulevien hoidon onnistumisen esteenä olevan molemminpuoliset kielteiset asenteet, kieliongelmat sekä kulttuuritaustojen tuntemuksen puute. Tämä opinnäytetyö auttaa tarkastelemaan muiden maiden nuorten aikuisten terveydentilaa ja siihen vaikuttavia tekijöitä.

## LÄHTEET

About the Ministry. 2007. Ministry of Health and Care Services. Päivitetty 23.5.2007. Saatavissa: <http://www.regjeringen.no/en/dep/hod/About-the-Ministry.html?id=426>. [Viitattu 23.9.2012].

Alkoholijuomien kulutus 2011. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa: [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/paihteet\\_ja\\_riippuvuudet/alkoholi/alkoholijuomien\\_kulutus](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/paihteet_ja_riippuvuudet/alkoholi/alkoholijuomien_kulutus). [Viitattu 6.4.2013].

Anderson, P., Møller, L. & Galea G. 2012 (ed.) Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches. World Health Organization julkaisuja. Saatavissa: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/160680/e96457.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/160680/e96457.pdf). [Viitattu 10.4.2013].

Bakken, J.I., Gro Wenzel, H. & Øren A. 2007. Gambling problems in the family a stratified probability sample study of prevalence and reported consequences. Department of Epidemiology, SINTEF Health Research, -Trondheim, Norja. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2625355/>. [Viitattu 16.3.2013].

Bakken, I.J., Götestam, K.G., Johansson, A., Wenzel, H.G. & Øren A. 2007. Internet addiction among Norwegian adults: a stratified probability sample study. Department of Epidemiology, SINTEF Health Research, Trondheim, Norja. Scandinavian Journal of Psychology, 2009, pp. 121 - 127.

Dahl, K.E. 2011. Oral health-related quality of life and associated factors in Norwegian adults. School of Dental Hygiene and Oral Health, University of Oslo, Norway. Internet-julkaisu. Saatavissa: <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/123456789/33070/dravhandling-dahl.pdf?sequence=3>. [Viitattu 11.3.2013].

Eikemo, T.A., Huijts, T. & Skalická, V. 2010, Norja, Ruotsi, Tanska, Suomi. Income-related health inequalities in the Nordic countries: Examining the role of education, occupational class, and age. Department of Sociology, Nijmegen, The Netherlands. Social Science & Medicine, 71, pp. 1964-1972.

Ellonen, N. 2008. Kasvuyhteisö nuorten turvana. Sosiaalisen pääoman yhteys nuorten masentuneisuuteen ja rikekäyttäytymiseen. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Saatavissa: <http://acta.uta.fi/teos.php?id=11041>. [Viitattu 2.1.2012].

Eriksson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Lindström, U., Paavilainen, E., Pietilä, A.-M., Salanterä, S., Vehviläinen-Julkunen, K. & Åstedt-Kurki, P. 2007. Hoitotiede. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Fjær, E. G. 2012. The day after drinking: interaction during hangovers among young Norwegian adults. Norwegian Social Research, Welfare Governance and Health Behaviour Research Group, Oslo, Norja. Journal of Youth Studies. Vol 15, No. 8, December 2012, pp. 995-1010.

Gele, A.A. & Harsløf, I. 2010. Types of social capital resources and self-rated health among the Norwegian adult population. Inclusive Social Welfare Policies, Department of Social Science, Oslo University College, Section for International Health, Department of General Practice and Community Medicine, University of Oslo, Norja. Saatavissa: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1475-9276-9-8.pdf>. [Viitattu 1.4.2013].

Gravningen, K. & Træen, B. 2009. The Use of Protection for Sexually Transmitted Infections (STIs) and Unwanted Pregnancy among Norwegian Heterosexual Young Adults 2009. Sexuality & Culture 2011, 15:195–212. DOI 10.1007/s12119-011-9090-5. Saatavissa: <http://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs12119-011-9090-5>. [29.3.2013].

Hannula, L. & Kaunonen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus osana hoitotyön suositusten laadintaa - Esimerkkinä imetysohjaus. Sairaanhoitaja-lehti 12/2006. Suomen sairaanhoitajaliitto ry:n Internet-sivut. Saatavissa: [http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/12\\_2006/muut\\_artikkelit/systemaattinen\\_kirjallisuuskatsa/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/12_2006/muut_artikkelit/systemaattinen_kirjallisuuskatsa/). [Viitattu 22.3.2012].

Hanssen, B.H. 2009. The Coordination Reform. Proper treatment – at the right place and right. Norwegian Ministry of Health and Care services. 2008-2009. Summary in English: Report No. 47. Saatavissa: [http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter%20INFO/Samhandling%20engelsk\\_PDFS.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter%20INFO/Samhandling%20engelsk_PDFS.pdf). [Viitattu 23.9.2012].

Hausmann, R., Tyson, L. & Zahidi, S. 2012. The Global Gender Gap Report 2012. World Economic Forum. Saatavissa: [http://www3.weforum.org/docs/WEF\\_GenderGap\\_Report\\_2012.pdf](http://www3.weforum.org/docs/WEF_GenderGap_Report_2012.pdf). [Viitattu 8.4.2012].

Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. 2010. Jyväskylän yliopisto. Saatavissa: <https://www.jyu.fi/sport/laitokset/tutkimusyksikot/tetk/projektit/who1>. [Viitattu 1.4.2012].

Health care in Norway. Stavanger Universitetssjukehus - Helse Stavanger HF. Päivitetty 31.5.2011. Saatavissa: <http://www.helse-stavanger.no/english/Sider/health-care-in-norway.aspx>. [Viitattu 27.9.2012].

Helakorpi, S., Holstila, A.-L., Virtanen, S. & Uutela, A. 2011. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 45/2012. Saatavissa: [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90839/URN\\_ISBN\\_978-952-245-566-6.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90839/URN_ISBN_978-952-245-566-6.pdf?sequence=1). [Viitattu 7.4.2013].

Helakorpi, S., Pajunen, T., Jallinoja, P., Virtanen, S. & Uutela, A. 2010. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 15/2011. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/4582dc7b-0e9c-43db-b5eb-68589239b9a3>. [Viitattu 23.3.2012].

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. Osin uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Hospitals. Ministry of Health and Care Services. Saatavissa: <http://www.regjeringen.no/en/dep/hod/Subjects/hospitals.html?id=10935>. [Viitattu 26.3.2012].

- Husu, P., Paronen, O., Suni, J. & Vasankari, T. 2011. Suomalaisten fyysinen aktiivisuus ja kunto. 2010. Terveyttä edistävän liikunnan nykytila ja muutokset. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2011:15, s. 50–52. Saatavissa: <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2011/liitteet/OKM15.pdf?lang=fi>. [Viitattu 13.4.2013].
- Huttunen, J. 2011. Mitä terveys on? Päivitetty 1.7.2011. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjaston Internet-sivut. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00903](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00903). [Viitattu 1.4.2012].
- Huumeet eivät enää houkuttele Norjassa. 2009. Helsingin Sanomien Internet-sivut. Päivitetty 15.8.2009. Saatavissa: <http://www.hs.fi/ulkomaat/artikkeli/Huumeet+eiv%C3%A4t+en%C3%A4%C3%A4+houkuttele+Norjassa/1135248519152>. [Viitattu 10.4.2009].
- Itsemurhien määrä pienin yli 40 vuoteen. 2011. Tilastokeskuksen Internet-sivut. Päivitetty 16.12.2011. Saatavissa: [http://www.stat.fi/til/ksyyt/2010/ksyyt\\_2010\\_2011-12-16\\_tie\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/ksyyt/2010/ksyyt_2010_2011-12-16_tie_001_fi.html). [Viitattu 10.4.2013].
- Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R.-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51/2007. Turku: Digipaino - Turun yliopisto 2007.
- Kaste 2012–2015. 2012. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012–2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1, s. 22. Helsinki. Saatavissa: [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf). [Viitattu 14.1.2012].
- King, I.M. 1981. A theory for nursing: systems, concepts and process. John Wiley & Sons, New York.
- Komulainen, K. 2008. Ruoka-allergiaa sairastavan lapsen perheen elämänlaatu-kirjallisuuskatsaus. Hoitotiede-lehti vol. 20, nro 1. 2008, s. 15–24.

Kunttu, K. & Huttunen T. 2009. Korkeakouluoppilaiden terveystutkimus 2008. Helsinki: Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tutkimuksia 45, 2009. Saatavissa: [http://www.yths.fi/filebank/582-Tutkimus\\_2008\\_verkkoon.pdf](http://www.yths.fi/filebank/582-Tutkimus_2008_verkkoon.pdf). [Viitattu 14.1.2013].

Kuolemansyytilasto. 2011. Liitetaulukko 1a. Kuolleet peruskuolemansyyn (54-luokkainen luokitus) ja iän mukaan 2011, molemmat sukupuolet. Päivitetty 21.12.2012. Tilastokeskuksen Internet-sivut. Saatavissa: [http://www.stat.fi/til/ksyyt/2011/ksyyt\\_2011\\_2012-12-21\\_tau\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/ksyyt/2011/ksyyt_2011_2012-12-21_tau_001_fi.html). [Viitattu 13.4.2013].

Kurri, E. 2006. Opintojen pitkittymisen dilemma. Tutkimus opintojen sujumattomuus-tekijöistä yliopistoissa ja niihin vaikuttamisen keinoista. Helsinki: Opiskelijajärjestöjen tutkimussäätiö Otus rs. 27, 2006.

Kylmä, J., Rissanen, M.L., Laukkanen, E., Nikkonen, M., Juvakka, T. & Isola, A. 2008. Aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä tietoa hoitotyön kehittämiseen. Esimerkkinä syöpää sairastavan nuoren vanhemman toivon vahvistaminen. Tutkiva hoitotyö-lehti 2/2008, s. 24–28.

Kyngäs, H. & Utriainen, K. 2008. Hoitajien työhyvinvointi: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Hoitotiede-lehti vol. 20, nro 1. 2008, s. 37–46.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede-lehti vol. 11, nro 1. 1999, s. 4–11.

Kääriäinen M. & Lahtinen M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. Hoitotiede-lehti nro. 18, s. 37–45.

Leino-Kilpi, H. 2007. Kirjallisuuskatsaus - tärkeää tiedon siirtoa. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R.-L. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51/2007, s. 2–9.

Martinussen, M., Kavli H., Træen, B. & Öber, K. 2007. Reduced sexual desire in a random sample of Norwegian couples. Department of Psychology, University of Tromsø, Norja; Centre for Andrology and Sexual Medicine, Department of Medicine,

Karolinska University Hospital, Huddinge, Ruotsi; Synovate MMI, Norja. Internet-julkaisu. Saatavissa: <http://web.ebscohost.com.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=4fc39b68-1a88-4aa4-b0dc-cf37e612e7d0%40sessionmgr10&hid=23>. [Viitattu 28.3.2013].

Mäkelä, M., Varonen, H. & Teperi, J. 1999. Systemoitu kirjallisuuskatsaus tiedon tiivistäjänä. *Duodecim* 112 (21), 1999–2006.

Norwegian Directorate of Health. 2009. Norway and health. An introduction. 2009. Saatavissa: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/norway-and-health-an-introduction/Publikasjoner/norway-and-health-an-introduction.pdf>. [Viitattu 23.3.2012].

Palokangas, A. 2008. Valta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Käsitteen määrittely ja systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Terveystalouden ja -talouden laitos. Saatavissa: <http://www.kampus.uku.fi/gradut/2008/6168.pdf>. [Viitattu 15.4.2012].

Pohjoismaiset raskaudenkeskeytykset 2011. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. 2013. Saatavissa: [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/seliterveys/raskaudenkeskeytykset/pohjoismaiset\\_raskaudenkeskeytykset](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/seliterveys/raskaudenkeskeytykset/pohjoismaiset_raskaudenkeskeytykset). [Viitattu 7.4.2013].

Psychiatric health. Ministry of Health and Care Services. Saatavissa: <http://www.regjeringen.no/en/dep/hod/Subjects/psychiatric-health.html?id=11695>. [Viitattu 26.3.2012].

Pudas-Tähkä, S.-M. & Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajaaminen, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R.-L. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51/2007, s. 46 - 57.

Rådet for psykisk helse. 2009. Psykisk helse i Norge. Päivitetty 6.1.2010. Saatavissa: <http://www.psykiskhelse.no/?id=29617>. [Viitattu 25.4.2013].



Räty, P. 2010. Nuori aikuisuus elämänvaiheena. Oulun yliopisto. Saatavissa: [http://www.oulu.fi/careerservices/ohjauksen\\_kehittaminen/Nuori\\_aikuisuus.pdf](http://www.oulu.fi/careerservices/ohjauksen_kehittaminen/Nuori_aikuisuus.pdf). [Viitattu 25.2.2012].

Statistical Yearbook of Norway 2011. Akademika-komission julkaisuja. Saatavissa: [http://www.ssb.no/a/en/histstat/aarbok/2011\\_en.pdf](http://www.ssb.no/a/en/histstat/aarbok/2011_en.pdf). [Viitattu 8.4.2013].

Terveyden edistämisen suunnitelma vuodelle 2008. Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtion vuoden 2008 talousarvion momentin 33.70.50 terveyden edistäminen määrärahan käyttösuunnitelma. Helsinki. Saatavissa: [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=42735&name=DLFE-5312.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42735&name=DLFE-5312.pdf). [Viitattu 23.3.2012].

The Department of Public Health. 2010. Ministry of Health and Care Services. Päivitetty 30.3.2010. Saatavissa: <http://www.regjeringen.no/en/dep/hod/About-the-Ministry/org/Departments/The-Department-for-Public-Health.html?id=1405>. [Viitattu 23.9.2012].

The European Observatory on Health Care Systems. Health Care Systems in Transition. Norway. 2000, s. 3-4, 16. World Health Organization Internet-sivut. Saatavissa: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/95149/E68950.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/95149/E68950.pdf). [Viitattu 29.9.2012].

Torppa, M. 2004. Ihan tervettä: näkökulmia terveyden käsitteeseen. Kunnallislääkäri-lehti, nro. 4B/2004, s. 47–48. Saatavissa: [http://www.coronaria.fi/vaihe3/yle/kl/vuosikirja/vuosikirja2004/Terveyspolitiikka\\_MartinaTorppa.pdf](http://www.coronaria.fi/vaihe3/yle/kl/vuosikirja/vuosikirja2004/Terveyspolitiikka_MartinaTorppa.pdf). [Viitattu 29.3.2012].

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino OY.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5., uudistettu painos. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi, Gummerus OY.

Tupakkatilasto 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Saatavissa: [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/paihteet/tupakka](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/paihteet/tupakka). [Viitattu 7.4.2013].

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. Saatavissa: <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>. [Viitattu 15.4.2013].

Työssäkäyntitilasto. Tilastokeskus 2011. Liitetaulukko 1. Työttömyysriski eli työllisistä työttömiksi joutuneiden osuus (%) seutukunnittain 2011. Päivitetty 5.6.2012. Saatavissa: [http://www.tilastokeskus.fi/til/tyokay/2011/01/tyokay\\_2011\\_01\\_2012-06-05\\_tau\\_001\\_fi.html](http://www.tilastokeskus.fi/til/tyokay/2011/01/tyokay_2011_01_2012-06-05_tau_001_fi.html). [Viitattu 6.4.2013].

Varjonen, V., Tanhua, H., Forsell, M. & Perälä, R. 2012. Huumetilanne Suomessa 2012. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja 75/2012. S. 36. Saatavissa: [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103121/URN\\_ISBN\\_978-952-245-801-8.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103121/URN_ISBN_978-952-245-801-8.pdf?sequence=1). [Viitattu 14.4.2013].

Virtanen, M. 2012. Tuloerot ja hyvinvointi. Pääkirjoitus 2/2012. Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen Internet-sivut. Saatavissa: [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/ajankohtaista/lehdet/yhteiskuntapolitiikka/arkisto/2\\_2012/paakirjoitus](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/ajankohtaista/lehdet/yhteiskuntapolitiikka/arkisto/2_2012/paakirjoitus). [Viitattu 20.4.2013].

Willberg, E. 2009. Teoreettisen viitekehyksen rakentaminen. Pro seminaari ja kandidaatin opinnäytetyö. Jyväskylän yliopisto. Saatavissa: <https://www.jyu.fi/edu/laitokset/eri/opiskelu/opiskelu-info/prosem/viitekehys>. [Viitattu 20.2.2012].

World Health Organization. 2010. Norway. Selected basic statistics. Saatavissa: <http://www.euro.who.int/en/where-we-work/member-states/norway/selected-basic-statistics>. [Viitattu 23.3.2012].

World Health Organization. 2013. Reproductive health. Saatavissa: [http://www.who.int/topics/reproductive\\_health/en/](http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/). [Viitattu 3.4.2013].

Taulukko 9. Aikataulu.

<b>Aihepiiri</b> (aiheen valinta alkukuvät 2012, ideaseminaari huhtikuu 2012)	<b>Rajaus, aikataulun laatiminen, ohjausaikojen järjestäminen</b>
<b>Lähteet</b>	<b>Aineiston kerääminen</b> (dokumentit)
<b>Materiaalin arviointi</b> (suunnitelmaseminaari toukokuu 2012)	<b>Aineiston karsiminen ja luokittelu</b>
<b>Loogisuus</b>	<b>Aineiston analysointi ja tulkitseminen, tulosten kokoaminen</b>
<b>Viimeistely</b> (päättöseminari toukokuu 2013)	<b>Ulkoasun tarkistus ja muokkaus.</b>

Taulukko 10. Tutkimustaulukko.

Tekijä Vuosi, paikka Tutkimuksen nimi Raportin muoto	Tutkimuksen tarkoitus Otanta ja tutkimusmenetelmä	Päätulokset
<p>Bakken, J. I., Gro Wenzel, H. &amp; Øren A. 2007, Norja</p> <p>Gambling problems in the family a stratified probability sample study of prevalence and reported consequences.</p> <p>Department of Epidemiology, SINTEF Health Research, -Trondheim, Norja.</p> <p>Tieteellinen artikkeli.</p>	<p>Tutkii uhkapelaamisen epidemiologiaa norjalaisten perheiden keskuudessa.</p> <p>Sattumanvaraisesti norjalaisen väestön tietokannasta valitut henkilöt, iältään 16–74 -vuotiaat.</p> <p>Postitse lähetettyihin kyselylomakkeisiin vastasi 3483/9638 (36.1 %). Vastaaminen oli mahdollista sekä postitse, että Internetin kautta.</p>	<p>Vastaajista 2 % vastasi kyllä kysyttäessä läheisen ihmisen rahankäytöstä uhkapeleihin ja rahankäytön valehtelusta uhkapeleihin liittyen. Myöntävästi vastanneista suurin osa oli naisia, iältään nuoria, eronneita, kaupungissa asuvia sekä huonossa taloudellisessa tilanteessa olevia. Ongelmallista uhkapelaamista esiintyvän perheen jäsenet kärsivät usein sekä henkisistä että fyysisistä sairauksista. Suurella osalla heistä oli nukkumisvaikeuksia tai he tunsivat itsensä masentuneiksi. Myös ahdistusta, päihteiden käyttöä ja itsemurha-ajatuksia esiintyi. Ongelmallinen uhkapelaaminen vaikuttaa yksilön lisäksi koko perheen elämänlaatuun.</p>
<p>Bakken, I. J., Götestam, K.G., Johansson, A., Wenzel H.G. &amp; Øren A. 2007, Norja</p> <p>Internet addiction among Norwegian adults: a stratified probability sample study.</p> <p>Department of Epidemiology, SINTEF Health Research, -Trondheim, Norja.</p> <p>Tieteellinen artikkeli.</p>	<p>Tutkii norjalaisten aikuisten, iältään 16–74- vuotiaiden, Internet-riippuvuutta. Ositettu todennäköisyystutkimus.</p> <p>Otanta n=3399, vastausprosentti 35,3 %.</p> <p>Kysely on toteutettu Internetin välityksellä. Young Diagnostic Questionnaire (YDQ)-kysely.</p>	<p>Vastaajista 1 % on Internet-riippuvaisia ja 5,2 % on riskissä tulla riippuvaisiksi. Internet-riippuvuus oli yhteydessä sukupuolen ja ikään., erityisesti nuoriin miehiin. Muita riskitekijöitä olivat huono taloudellinen tilanne sekä korkeakoulussa opiskelu. Riippuvuuden seurauksia olivat uniongelmat, masennus, ylipaino, päihteiden käyttö ja itsemurhayritykset.</p>

<b>Tekijä</b> <b>Vuosi, paikka</b> <b>Tutkimuksen nimi</b> <b>Raportin muoto</b>	<b>Tutkimuksen tarkoitus</b> <b>Otanta ja tutkimusmenetelmä</b>	<b>Päätulokset</b>
<p>Dahl, K. E. 2011, Norja</p> <p>Oral health-related quality of life and associated factors in Norwegian adults.</p> <p>School of Dental Hygiene and Oral Health, University of Oslo, Norja.</p> <p>Tieteellinen artikkeli.</p>	<p>Selvittää suun terveyden yhteyttä elämänlaatuun ja muita siihen liittyviä tekijöitä.</p> <p>Satunnaisotos, vastanneita 3538, iältään 20–80-vuotiaita norjalaisia. Vastausprosentti 69 %.</p> <p>Kyselytutkimus.</p>	<p>Kyselyssä tutkittiin osallistujien hampaiden määrää, hammaslääkärissä käyntien määriä, terveyskäyttäytymistä sekä vastaajien itsearviointia suun terveydestä.</p> <p>Vastaajista 35 %:lla ei ollut suun terveyteen liittyviä ongelmia. Sen sijaan 56 % raportoi fyysisestä kivusta, psykologisesta epämu-kavuudesta 39 % ja henkisestä vammasta 30 %.</p> <p>Koettu suun terveys oli vahvasti yhteydessä esiintyviin ongelmiin. Hammaslangan, -tikkujen tai suun huuhteluaineiden käyttö ei ollut yhteydessä suun terveysongelmiin liittyen siten oraaliseen elämänlaatuun.</p>
<p>Eikemo T. A., Huijts, T. &amp; Skalická, V.</p> <p>2010, Norja, Ruotsi, Tanska, Suomi</p> <p>Income-related health inequalities in the Nordic countries: Examining the role of education, occupational class, and age.</p> <p>Department of Sociology, Nijmegen, The Netherlands</p> <p>Aikakausjulkaisu.</p>	<p>Osoittaa sosioekonomisen aseman yhteys sairastuvuuteen ja kuolleisuuteen.</p> <p>Otantana 17 801 ihmistä yli 25-vuotiaista norjalaista, tanskalaista, suomalaista ja ruotsalaista.</p> <p>Kyselytutkimus. Tehty kolmena vuotena seuraavasti: 2002, 2004, 2006. Selvittää itsearviointia terveydentilaa.</p>	<p>Tutkimuksen mukaan niillä ihmisillä, joilla oli paremmat tulot, oli parempi terveydentila kuin pienempituloisemmilla. Lisäksi parempituloiset kärsivät vähemmän pitkä-aikaissairauksista. Vahvinta tämä oli Suomessa ja Norjassa, heikointa Tanskassa. Ero maiden välillä johtuu lähinnä koulutustasosta.</p>

<b>Tekijä</b> <b>Vuosi, paikka</b> <b>Tutkimuksen nimi</b> <b>Raportin muoto</b>	<b>Tutkimuksen tarkoitus</b> <b>Otanta ja tutkimusmenetelmä</b>	<b>Päätulokset</b>
<p>Fjær, E. G.</p> <p>2012, Norja</p> <p>The day after drinking: interaction during hangovers among young Norwegian adults.</p> <p>Norwegian Social Research, Welfare Governance and Health Behaviour Research Group, Oslo, Norja</p> <p>Tieteellinen artikkeli.</p>	<p>Tutkii nuorten aikuisten vuorovai- kutusta alkoholin vaikutuksen alaisena.</p> <p>Haastattelututkimus, 10 haastateltavaa nuorta aikuista.</p>	<p>Alkoholin käytön jälkeinen päivä koetaan tutkimuksen mukaan usein juhlinnan päät- tymiseksi ja paluuksi arkeen sekä psyykki- sesti, fyysisesti että sosiaalisesti.</p>
<p>Gele, A. A. &amp; Harsløf, I.</p> <p>2010, Norja</p> <p>Types of social capital re- sources and self-rated health among the Norwegian adult population.</p> <p>Research Group for Inclusive Social Welfare Policies, Department of Social Sci- ence, Oslo University Col- lege, Norja.</p> <p>Section for International Health, Department of Gen- eral Practice and Community Medicine, University of Os- lo, Norja</p> <p>Tieteellinen artikkeli.</p>	<p>Selvittää sosioekonomisen ja koe- tun terveydentilan yhteys sosiaali- seen verkostoon.</p> <p>Poikkileikkaustutkimus, tieto ke- rätty postitettujen kyselylomakkei- den avulla vuonna 2007. Kyselyjä lähetetty 8000 kpl, vastattu 3190 (n. 40 %). Nuorista aikuisista (18- 24-vuotiaita) 253 vastasi tutkimuk- seen.</p>	<p>Tutkimuksen mukaan erilaiset sosiaaliset verkostot sekä läheiset ja vahvat ihmissuh- teet ovat tärkeitä tekijöitä terveyden kan- nalta. Vastaajista ne ihmiset, joilla oli joku, jolle puhua, ilmoittivat terveydentilansa olevan parempi kuin niillä, jotka eivät on- gelmistaan puhuneet. Myös yhteydet kor- keasti koulutettuun henkilöön koettiin tär- keäksi. Nuorista aikuisista 88,1 % arvioi terveydentilansa hyväksi ja 2,8 % huonok- si.</p>

<b>Tekijä</b> <b>Vuosi, paikka</b> <b>Tutkimuksen nimi</b> <b>Raportin muoto</b>	<b>Tutkimuksen tarkoitus</b> <b>Otanta ja tutkimusmenetelmä</b>	<b>Päätulokset</b>
<p>Gravningen, K &amp; Træen, B.  2009, Norja</p> <p>The Use of Protection for Sexually Transmitted Infections (STIs) and Unwanted Pregnancy among Norwegian Heterosexual Young Adults. Department of Psychology, University of Tromsø, University Hospital of North Norway, Tromsø Norway.</p> <p>Tieteellinen artikkeli.</p>	<p>Selvittää norjalaisten nuorten suojautuminen sukupuolitaudeilta sekä ei-toivotuilta raskauksilta. Tarkoituksena on myös selvittää, missä määrin nuoret aikuiset ehkäisyvälineitä käyttävät ja missä niiden käyttöä esiintyy. Otanta n=871 16–24-vuotiaista norjalaista nuorta. Tulokset pohjautuvat Web paneelitutkimukseen.</p>	<p>Useimmat vastaajista kertoivat tavanneensa edelliset seksikumppaninsa ystäviensä tai perheensä kautta. Puolet vastaajista ei ollut käyttänyt kondomia ensimmäisessä seksuaalisessa kanssakäymisessä äskettäisen partnerinsa kanssa. Syitä tähän olivat pelko epäilyn alaiseksi joutumisesta sekä keskinäinen luottamus. Yleisimmät syyt viimeisempään yhdyntään olivat rakkaus ja seksuaalinen kiihottuminen. Vastaajista 56 % ilmoitti käyttävänsä hormonaalista ehkäisyä ja 20 % käytti kondomia. Tärkeimmät syyt olla käyttämättä kondomia olivat: "muun ehkäisymenetelmän käyttö", "ei välitä sukupuolitaudeista", "miellyttävämpää ilman", "ei ollut mitään tarjolla", ja "valmistautumaton yhdyntään". Tärkeimmät syyt käytön puolesta olivat raskauden tai sukupuolitautilien välttäminen.</p>
<p>Helakorpi, S., Holstila, A-L., Virtanen, S. &amp; Uutela, A.  2011, Suomi</p> <p>Suomalaisen aikuisväestön terveystietäytyminen ja terveys, kevät 2011.</p> <p>Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 45/2012.</p> <p>Tutkimus.</p>	<p>Tutkimuksessa kartoitettiin suomalaisten aikuisten, iältään 15–64-vuotiaiden terveydentilaa. Keskeisimmät osa-alueet olivat tupakointi, alkoholin käyttö, liikunta ja ruokatottumukset. Tutkimusaineistoksi poimittiin väestörekisteristä edustava 5 000 henkilön satunnaisotos. Kyselylomake postitettiin huhtikuussa 2011. Vastaamatta jättäneille lähetettiin tarvittaessa uusintakysely. Kyselyyn vastasi 2787 henkilöä (vastausprosentti 56 %).</p>	<p>Vastanneista miehistä päivittäin tupakoi 22 % ja naisista 15 %. Aiempaan verrattuna miesten ja naisten tupakointi on vähentynyt. Miehistä 32 % ja naisista 51 % kertoi syövänsä tuoreita kasviksia päivittäin. Miehistä 35 % ja naisista 42 % kertoi juovansa rasvatonta maitoa. Ruokatottumukset ovat muuttuneet ravitsemussuositusten mukaiseen suuntaan. Sen sijaan alkoholin kulutus on hiukan lisääntynyt. Liikuntaa vähintään puolituntia kolme kertaa viikossa kertoi harrastavansa 51 % miehistä ja 56 % naisista. Tutkimuksen mukaan päivittäistupakointi on yleisintä alimmassa koulutusryhmässä. Ylimmässä koulutusryhmässä ravitsemussuositusten mukaiset ruokatottumukset ovat edelleen yleisimmät. Ylipainoisuus on lisääntynyt kaikissa koulutusryhmissä molemmilla sukupuolilla. Yleisintä ylipaino on alimmassa koulutusryhmässä.</p>

Tekijä Vuosi, paikka Tutkimuksen nimi Raportin muoto	Tutkimuksen tarkoitus Otanta ja tutkimusmenetelmä	Päätulokset
<p>Kunttu, K. &amp; Huttunen, T.  2008, Suomi</p> <p>Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2008.</p> <p>Ylioppilaiden terveydenhoito-säätiön tutkimuksia 45, 2009</p> <p>Tutkimus.</p>	<p>Tutkimuksessa kartoitettiin korkeakouluopiskelijoiden fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista terveydentilaa, terveyskäyttäytymistä, ja näihin liittyviä tekijöitä, kuten sosiaalisia suhteita. Erityisteemoina oli seksuaaliterveys, atoopinen ihottuma, astma, akne, kiusaaminen, uupuminen, rahapelit, Internetin käyttö ja matkailu. Kohderyhmänä olivat alle 35-vuotiaat perustutkintoa suorittavat suomalaiset korkeakouluopiskelijat. Otoksen koko oli 9967, joista 45 % oli miehiä. Ammattikorkeakouluopiskelijoita oli 4984 (miehiä 46 %) ja yliopisto-opiskelijoita oli 4983 (miehiä 45 %). Tutkimus suoritettiin postitse lomakekyselynä.</p>	<p>Tutkimus osoitti valtaosalla opiskelijoista olevan jokin lääkärin, hammaslääkärin tai psykologin toteama pysyvä tai usein toistuva sairaus tai vamma, joka on oireili tai oli vaatinut hoitoa kuluneen vuoden aikana. Kuitenkin vastaajat kokivat terveydentilansa yleisesti hyväksi. Tutkimuksessa hyväksi tai melko hyväksi kokevien osuus oli 83 %, keskitasoiseksi 14 % ja huonoksi tai melko huonoksi 3 %.</p>
<p>Martinussen, M., Kavli H., Træen, B. &amp; Öber, K.  2007, Norja</p> <p>Reduced sexual desire in a random sample of Norwegian couples.</p> <p>Department of Psychology, University of Tromsø, Norja; Centre for Andrology and Sexual Medicine, Department of Medicine, Karolinska University Hospital, Huddinge, Ruotsi; Synovate MMI, Norja.</p> <p>Aikakausjulkaisu.</p>	<p>Tarkoituksena on analysoida norjalaisten heteroseksuaalisten parien vähentynyttä seksuaalista halua ja tunnistaa tekijöitä, jotka liittyvät seksuaalisen halun menetykseen. Tutkimus käsittää 399 paria (798 henkilöä) ikävälillä 22–67. Tiedot on kerätty postitettavien kyselylomakkeiden avulla.</p>	<p>Suurin osa pareista (59 %) ei raportoinut seksuaalisen halun menetykseen liittyvän ahdistusta. Naispuolisista kumppaneista 26 % ja miespuolisista kumppaneista 8 % oli kokenut ahdistavia tunteita, mikä johti seksuaalisen halun menetykseen. Pariskunnista 8 % olivat molemmat osapuolet kokeneet ahdistusta. Halun menetyksen syyksi vastaajat ilmoittivat stressin, sairauden tai "muun" tekijän.</p>



Taulukko 11. Nuorten aikuisten terveyteen vaikuttavat tekijät.

<b>Tutkimusten aiheet</b>	<b>Tutkimuksista pelkistetyt ilmaukset</b>	<b>Alakategoria</b>	<b>Yläkategoria</b>
Itsearviointi terveydentila (Gele & Harsløf 2010; Eikemo, Huijts & Skalická 2010.)	Ikä Opiskelu Koulutus Ammatillisuus Työ Ihmissuhteet Epätasa-arvo Tulot	Sosioekonominen asema    Läheiset Kokemukset	Sosioekonominen asema    Turvaverkosto
Päihitteet (Fjær 2012.)	Alkoholi Krapula Juhliminen Ystävät Hetkellisyys Puhuminen	Ajanvietto   Yhdessä olo	Sosiaalisuus
Internet ja pelaaminen (Bakken, Gro Wenzel & Øren 2007; Bakken, Götestam, Johansson, Wenzel & Øren 2007.)	Uhkapelaaminen Rahan käyttö Valehtelu Ihmissuhteiden katkeaminen Huono taloudellinen tilanne Uniongelmat Masennus	Varallisuus   Yksinäisyys  Syrjäytyminen  Sairastuminen	Taloudellinen tilanne   Psyykkinen terveys
Suuhygienia (Dahl 2011.)	Kipu Epämukavuus Vamma Hammaslangantikkujen ja suun huuhteluaineiden käyttö	Negatiiviset kokemukset   Suun terveyttä parantavat tekijät	Suun terveysongelmat Terveysongelmien ehkäiseminen



## OPISKELIJA

Opiskelijanumero [ ]	Viralliset etunimet Iina Katrina
Sukunimi Holmstén	
Lähiosoite [ ]	Postinumero ja -toimipaikka [ ]
Sähköposti [ ]	Puhelin [ ]
Toimipiste ja koulutusohjelma Jyväskylän toimipiste, hoitotyön koulutusohjelma	
Suuntautumisvaihtoehto ja ryhmätunnus Sairaanhoidajan suuntautumisvaihtoehto, HO10K	

## TOIMEKSIANTAJA

Toimeksiantaja ja yritys/yhteisö Kymenlaakson ammattikorkeakoulu	Yrityksen/yhteisön yhteyshenkilö Anneli Aalto
Lähiosoite PL 9	Postinumero ja -toimipaikka 48401 Kotka
Sähköposti [ ]	Puhelin 044 702 8888

## OPINNÄYTETYÖN HANKKEISTUS

<input type="checkbox"/> Toimeksiantaja maksaa opinnäytetyöstä opiskelijalle tai ammattikorkeakoululle korvauksen, josta on kirjallisesti sovittu ennen opinnäytetyön aloittamista.
<input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyöllä on toimeksiantajan puolelta nimetty ohjaaja ennen opinnäytetyön aloittamista.
<input type="checkbox"/> Toimeksiantajan tarkoituksena on alusta lähtien hyödyntää opinnäytetyön tuloksia toiminnassaan.

## OPINNÄYTETYÖN OHJAUS

Ohjaava(t) opettaja(t) Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen
Sähköposti [ ]
Yrityksen/yhteisön ohjaaja(t) [ ]
Sähköposti [ ]



## OPINNÄYTETYÖ

Opinnäytetyön aihe (max. 200 merkkiä) Norjalaisten nuorten aikuisten terveys	
Kehittämisen- tai tutkimustavoite ja toimeksianto (max. 300 merkkiä) Opinnäytetyö on osa Nuori Eurooppa-hanketta. Tavoitteena on tutkia, millaiseksi nuoret aikuiset terveydentilansa kokevat.	
Keskeiset menetelmät (max. 300 merkkiä) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus sisällönanalyysinä apuna käyttäen.	
Opinnäytetyön aloitus 8.3.2012	Opinnäytetyön luovutus toimeksiantajalle
Opinnäytetyö täyttää Tilastokeskuksen T & K määritelmän *) <input checked="" type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	

\*) T & K määritelmän saa opintotoimistosta tai Internetistä,  
<http://www.tilastokeskus.fi/ti/tk/te/kas.html>

## OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT

<p><b>Opinnäytetyön ohjaus ja vastuu</b> Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Kymenlaakson ammattikorkeakoulun vastuu rajoittuu opinnäytetyön tavanomaiseen ohjaukseen. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta.</p> <p><b>Oikeudet tuloksiin ja muuhun opinnäytetööhön liittyvään aineistoon, laitteisiin ja sovelluksiin.</b> Tekijänoikeus ja omistusoikeus opinnäytetyön tuloksiin kuuluvat opinnäytetyön tekijälle. Toimeksiantaja saa käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin ja niiden kaupalliseen hyödyntämiseen ainoastaan sopimalla niistä erikseen opinnäytetyön tekijän kanssa. Opinnäytetyön tekijä on velvollinen raporttoimaan opinnäytetyön tulokset toimeksiantajalle.</p>	<p><b>Tulosten julkaiseminen ja luottamuksellisuus</b> Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan julkinen. Mikäli opinnäytetyö sisältää liikesalaisuuksia tai muita julkisuuslaissa salassa pidettäväksi määrättyjä tietoja, on opinnäytetyön raportti laadittava niin, että tietojen luottamuksellisuus säilyy. Tarvittaessa salassa pidettävät tiedot on jätettävä työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyö voidaan julkaista myös Internetissä.</p> <p>Opinnäytetyön osapuolet (opiskelija, toimeksiantaja ja opinnäytetyön ohjaaja) sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat sekä pidättäytymään käyttämästä hyväkseen toisen osapuolen ilmaisemia luottamuksellisia tietoja ilman erillistä lupaa.</p> <p><b>Opinnäytetyön kustannukset ja niiden korvaaminen</b> Opinnäytetöistä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten (ml. aineistojen hankinta, raaka-aineet, matkat, työkorvaus jne.) korvaamisesta sopivat toimeksiantaja ja opiskelija keskenään. Pääsääntöisesti Kymenlaakson ammattikorkeakoulu ei vastaa yksittäisen opinnäytetyön kustannusten korvaamisesta.</p>
---	---

Olemme yhteisesti sopineet opinnäytetyön toteutuksesta ja ohjauksesta yllä sovitulla tavalla.

## ALLEKIRJOITUKSET

PAIKKA, PÄIVÄYS JA TOIMEKSANTAJAN EDUSTAJAN ALLEKIRJOITUS	
PAIKKA, PÄIVÄYS JA OPISKELIJAN ALLEKIRJOITUS	15 / 3 2013
PAIKKA, PÄIVÄYS JA OHJAAVAN OPETTAJAN ALLEKIRJOITUS	15 / 3 2013

Tämä sopimus on kirjoitettu kolmena kappaleena, yksi toimeksiantajayritykselle, toinen opiskelijalle ja kolmas opintotoimistoon rekisteröintä varten.